

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.) CHEMINEMENT POUR  
PSYCHOLOGUES EN EXERCICE

PAR  
PASCAL ZENERE

ÉVALUATION D'UN PROGRAMME DE PLEINE CONSCIENCE DISPENSÉ  
AUPRÈS D'UNE ÉQUIPE DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX

JUIN 2019

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

ÉVALUATION D'UN PROGRAMME DE PLEINE CONSCIENCE DISPENSÉ  
AUPRÈS D'UNE ÉQUIPE DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX

PAR

PASCAL ZENERE

Edwige Ducreux, directrice de recherche

Université de Sherbrooke

Véronique Parent, évaluatrice

Université de Sherbrooke

Frédéric Dionne, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

Mémoire présenté le 14 juin 2019

## Sommaire

La pratique de la méditation de pleine conscience dans différents milieux professionnels a montré des effets positifs chez les travailleurs. En effet, la pleine conscience permet d'améliorer la santé psychologique et de diminuer les symptômes de détresse psychologique des employés, en plus de favoriser l'adaptation aux changements organisationnels (Grégoire, Baron, & Montani, 2014; Virgili, 2015). Aux vues de ces effets probants, une gestionnaire d'équipe du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, a décidé de proposer aux membres de son équipe d'expérimenter un programme de pleine conscience. Celle-ci s'inquiétait d'observer plusieurs signes de détresse psychologique chez les membres de son équipe en lien avec la réorganisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux ayant cours à l'époque (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2017). Un programme de méditation de huit semaines basé sur la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-based cognitive therapy* ou *MBCT*) (Ducieux, Jasmin, Zenere, & Desroches, 2016) a donc été mis en place. La présente recherche a pour objectif d'évaluer, à l'aide d'un plan de recherche pré-expérimental, les effets de ce programme de méditation, sur le trait de pleine conscience des participants (*Five Facets Mindfulness Questionnaire*), ainsi que sur leurs niveaux de détresse psychologique (*Depression, anxiety, stress scale*). Le lien entre le temps de pratique de pleine conscience des participants et ces variables a également été exploré. L'échantillon final se compose de sept participantes. Les résultats de tests de Wilcoxon montrent que la *non-réactivité aux événements privés*, sous-échelle mesurant le trait de pleine

conscience, présente une augmentation significative et que le score total de détresse psychologique, de même que la sous-échelle mesurant le *stress* montrent une diminution significative. Des corrélations de Spearman montrent que le trait de pleine conscience présente plusieurs liens négatifs avec la détresse psychologique des participants. De façon plus surprenante, des liens positifs ont été obtenus entre deux des sous-échelles mesurant le trait de pleine conscience et la sous-échelle *anxiété* au prétest. De surcroît, contrairement à ce qui était attendu, aucun lien n'a été trouvé entre le temps de pratique des participantes et les effets attendus du programme de pleine conscience. Ces résultats seront discutés à la lumière de considérations théoriques, statistiques et contextuelles. Les retombées possibles de ce mémoire seront également abordées en plus de pistes de recherches futures.

*Mots clés* : pleine conscience, santé et services sociaux, professionnels, québécois

## Table des matières

<a href="#">Sommaire</a> .....	iii
<a href="#">Remerciements</a> .....	vii
<a href="#">Introduction</a> .....	1
<a href="#">Contexte théorique</a> .....	5
<a href="#">La pleine conscience</a> .....	6
<a href="#">La pratique de la pleine conscience</a> .....	11
<a href="#">Les interventions basées sur la pleine conscience</a> .....	13
<a href="#">Adaptation du MBCT</a> .....	15
<a href="#">Les processus d'action de la pleine conscience</a> .....	16
<a href="#">Les effets de la pleine conscience sur l'anxiété, la dépression et le stress</a> .....	20
Effets de la pleine conscience sur l'anxiété. ....	20
Effets de la pleine conscience sur la dépression. ....	22
Effets de la pleine conscience sur le stress. ....	24
<a href="#">La pleine conscience en milieu organisationnel</a> .....	26
<a href="#">Le contexte québécois</a> .....	33
<a href="#">Limites des études actuelles</a> .....	36
<a href="#">Objectif et hypothèses</a> .....	37
<a href="#">Méthode</a> .....	40
<a href="#">Participants</a> .....	41
<a href="#">Instruments de mesure</a> .....	42
<a href="#">Trait de pleine conscience</a> .....	42
<a href="#">Déresse psychologique</a> .....	43
<a href="#">Fréquence de la pratique</a> .....	44
<a href="#">Déroulement</a> .....	45
<a href="#">Considérations éthiques</a> .....	47
<a href="#">Analyses et résultats</a> .....	49
<a href="#">Analyses préliminaires</a> .....	50
<a href="#">Analyses principales</a> .....	51
<a href="#">Discussion</a> .....	56

<a href="#">Trait de pleine conscience</a>	57
<a href="#">Détresse psychologique</a>	58
<a href="#">Temps de pratique</a>	62
<a href="#">Trait de pleine conscience et détresse psychologique</a>	64
<a href="#">Limites</a>	67
<a href="#">Retombées du mémoire</a>	71
<a href="#">Pistes de recherches</a>	72
<a href="#">Conclusion</a>	75
<a href="#">Références</a>	78
<a href="#">Appendice A</a>	93
<a href="#">Appendice B</a>	101
<a href="#">Appendice C</a>	108
<a href="#">Appendice D</a>	110

## **Remerciements**

Pour paraphraser Jon Kabat-Zinn, c'est au cœur de la tourmente, il y a près de 10 ans, confronté à un profond sentiment d'impuissance face à deux cancers atypiques de mon épouse, que je me suis engagé avec elle dans cette expérience transformatrice. Méditer et respirer pas à pas, jour après jour, pour apprendre à accepter ce qu'on ne peut changer, ensemble. J'éprouve la plus profonde gratitude envers cette femme qui a su et sait encore m'inspirer en incarnant avec force, amour et authenticité, les différents aspects de la pleine conscience. Sans son soutien indéfectible et les sacrifices nécessaires qui s'y rattachent, ce cheminement doctoral n'aurait jamais pu aboutir à son terme. Je me suis aussi senti particulièrement choyé par nos deux enfants, Émilie et Jean-Pascal, qui ont souvent rappelé au père que je suis, la valeur de l'instant présent avec beaucoup d'humour et de sensibilité. Enfin, je tiens à exprimer tout particulièrement ma gratitude à mes parents qui ont su, par leur présence aimante, soutenir de multiples façons ce long cheminement personnel et familial. Je tiens aussi à exprimer mes plus vifs remerciements à ma directrice de mémoire, Edwige Ducreux, qui a su faire preuve de flexibilité et de détermination afin que cette recherche puisse être finalisée, en dépit des nombreux obstacles inhérents à la réorganisation des services. Enfin, je ne saurais conclure cette section sans remercier du fond du cœur l'apport inestimable des personnes que j'ai eu le privilège, depuis de nombreuses années, de pouvoir accompagner individuellement ou en groupe, et qui m'ont permis d'enrichir mon expérience et ma compréhension de l'apport de la pleine conscience face aux différents visages de la souffrance.

## **Introduction**



Ces dernières décennies, dans les sociétés industrialisées, il est possible d'observer une tendance qui mène à des demandes toujours croissantes de rendement, avec des moyens de plus en plus restreints. Les entreprises en attendent donc toujours plus de la part de leurs employés (performance, travail de haute qualité, engagement envers leur emploi, etc.) (Bakker & Leiter, 2010). Cette situation, jumelée à la raréfaction de la main-d'œuvre (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2012), est susceptible d'exercer une lourde pression sur les travailleurs, ce qui pourrait se traduire par différents symptômes de détresse psychologique (p. ex., stress, anxiété, dépression). Au Canada, l'ampleur du problème est telle que les demandes de règlement pour invalidité liées à la maladie mentale ont maintenant surpassé celles liées aux maladies cardiovasculaires (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2018).

Les symptômes de détresse psychologique sont donc de plus en plus présents dans la vie des travailleurs canadiens amenant diverses répercussions négatives. À titre d'exemple, le stress a été associé à différents problèmes d'ordre psychologique (dépression, anxiété, épuisement professionnel, agressivité, difficultés interpersonnelles et insatisfaction au travail) (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005), en plus de provoquer des répercussions somatiques, telles que les maladies cardiovasculaires et la récurrence de certains cancers (Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007). La détresse psychologique des travailleurs se répercute également en termes de coûts économiques liés à l'absentéisme et à la diminution de la productivité et de l'innovation chez les employés. Les pertes pour

l'économie canadienne atteignent ainsi des milliards de dollars (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2018).

Face à ce constat, de plus en plus d'organisations se tournent vers des programmes basés sur la pratique de la pleine conscience. Mal connues au Québec jusqu'à récemment, les approches basées sur la pleine conscience, dont le programme de méditation basée sur la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-based cognitive therapy* ou *MBCT*) (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ou la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and commitment therapy* ou *ACT*) (Flaxman, Bond, & Livheim, 2013; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011), sont de plus en plus populaires (Ngô, 2013). Ce type d'intervention aide à réduire significativement la détresse psychologique et l'épuisement professionnel, en plus d'avoir des bienfaits sur la concentration et la réduction du stress (Grégoire, Lachance, & Richer, 2016a). Ces programmes ont notamment été implantés dans diverses organisations et auprès de divers professionnels (p. ex., professeurs, médecins et personnel militaire) (Grégoire, Baron, & Montani, 2014; Virgili, 2015). Cependant, au Québec, il est rare que les milieux procèdent à l'évaluation de l'effet de ces interventions. Pour tenter de pallier cette lacune, l'objectif du présent mémoire est donc d'évaluer les effets d'un programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-based cognitive therapy* ou *MBCT*) auprès d'une équipe de travailleurs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS). Effectué dans le cadre d'un doctorat professionnel, ce mémoire est divisé en quatre

parties. En premier lieu, le contexte théorique détaillera l'avancement des connaissances sur le sujet de la pleine conscience, notamment sur le plan de la pleine conscience en organisation. En deuxième lieu, la méthode utilisée sera présentée. En troisième lieu, il sera question de la présentation des résultats, appuyée sur une analyse quantitative des données. En dernier lieu, les résultats seront discutés à la lumière de considérations théoriques, statistiques et contextuelles.

## **Contexte théorique**

Divisée en quatre sections, la première partie de ce mémoire vise à bien cerner la problématique de cette recherche en présentant plusieurs travaux traitant de la pleine conscience et de son application. La première section décrit la notion de pleine conscience, ses processus d'action, les différentes interventions en découlant, de même que leurs effets sur plusieurs psychopathologies courantes. La deuxième section aborde la pleine conscience dans le monde du travail, plus particulièrement dans le contexte québécois. Enfin, les troisième et quatrième sections seront consacrées à résumer les limites des études actuelles et à présenter les objectifs et hypothèses du présent mémoire.

### **La pleine conscience**

Depuis un certain nombre d'années déjà, les programmes d'interventions basées sur la pleine conscience intéressent bon nombre de chercheurs et d'intervenants. La pleine conscience, une méthode vieille de plus de 2000 ans, provient du bouddhisme. D'origine Pali<sup>1</sup>, le terme *pleine conscience* provient du mot *sati* dont la racine signifie *se souvenir*. Le fait de se souvenir est ici entendu au sens d'une capacité d'être attentif au moment présent, se souvenir de porter attention, plutôt qu'à la capacité de se rappeler le passé (Bodhi, 2000; Siegel, Germer, & Olendzki, 2008). Ainsi, dans la philosophie bouddhiste, la pleine conscience est décrite comme un mode particulier de relation au monde, dans

---

<sup>1</sup> Le Pali, ou Pāli, est la langue utilisée dans les premiers écrits bouddhistes. Cette langue était parlée dans l'ouest de l'Inde (Oberlies, 2001).

lequel on remarque les faits, sans les juger, accédant ainsi à une relation de qualité avec l'objet présent à la conscience (Shankman, 2008).

L'intérêt de la pleine conscience n'a été établi en occident que vers la fin des années 70, grâce à Jon Kabat-Zinn, docteur en biologie moléculaire et professeur émérite à l'Université du Massachusetts. Premier à vouloir opérer un pont entre les enseignements bouddhistes millénaires et la logique scientifique sous-tendant le système de soins de santé occidental, Jon Kabat-Zinn a décidé d'introduire la pratique de la pleine conscience dans le traitement de la dépression et de l'anxiété, ceci afin d'offrir des outils susceptibles d'aider le patient à s'autonomiser dans sa recherche du bien-être (Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2009). En effet, à cette époque les traitements réservés à l'anxiété et à la dépression étaient en majeure partie pharmacologiques. Cependant, force était de constater que cette approche, soignant le symptôme plutôt que son origine, conduisait souvent à une rechute dépressive dès l'arrêt du traitement (Williams et al., 2009). Dans ce contexte, la pleine conscience a été adaptée pour répondre aux besoins de la psychologie contemporaine (Siegel et al., 2008; Williams et al., 2009).

Avant d'aborder les définitions plus contemporaines de la pleine conscience, il importe de préciser que deux termes sont couramment utilisés dans la littérature francophone actuelle, soit *pleine conscience* et *présence attentive*. Dans un chapitre de livre traitant des enjeux définitionnels de la pleine conscience, Grégoire et De Mondehare (2016), soulignent la pertinence du terme *présence attentive*, qui, selon eux est moins abstrait que

le terme *pleine conscience*. En effet, le mot *conscience* peut s'avérer problématique, puisqu'il peut signifier plusieurs choses (p. ex., liberté de conscience, reprendre conscience). Malgré la pertinence du terme présence attentive, le terme *pleine conscience* semble prépondérant dans la littérature actuelle. Puisque c'est le terme utilisé par la majorité des auteurs, il a été privilégié tout au long de ce mémoire.

Parmi les définitions contemporaines de la pleine conscience, la plus utilisée est celle de Jon Kabat-Zinn qui définit la pleine conscience comme « un état de conscience qui émerge du fait de porter intentionnellement son attention sur l'expérience qui se déploie au moment présent, sans la juger » (Jon Kabat-Zinn, 2003, p. 145). La pleine conscience est donc un processus actif et non une résignation passive, puisqu'elle implique de porter volontairement son attention de façon active sur les stimuli externes et internes (Baer & Krietemeyer, 2006; Baer, Smith, & Allen, 2004). Pour entrer dans un état de pleine conscience, l'individu est ainsi invité à centrer toute son attention sur les aspects de son expérience du moment présent, plutôt que sur le passé ou le futur (Brown & Ryan, 2003; Brown, Ryan, & Creswell, 2007).

Un des objectifs de l'approche est de développer la capacité à prendre pleinement conscience de toutes les facettes de l'expérience, sans la juger comme importante ou non, bonne ou mauvaise (Brown et al., 2007; McCurry, 2009). Dans un état de pleine conscience, les pensées et les émotions sont observées comme des événements de l'esprit, sans que l'individu s'identifie à ceux-ci et y réagisse dans un modèle de réactivité habituel

et automatique. Toutefois, une grande portion des comportements, pensées et émotions quotidiennes survient de façon automatique, ce qui expliquerait la difficulté à supprimer certains jugements (Brown & Ryan, 2003). Afin de ne pas entrer dans des ruminations<sup>1</sup> mentales négatives autoentretenues, le but est donc que l'individu apprenne à ne pas se laisser emporter par les jugements et qu'il ne les laisse pas diriger son attention. Plutôt que d'observer l'expérience à travers un filtre de croyances, de suppositions, d'attentes et de désirs, la pleine conscience implique une observation directe des objets variés, comme si c'était la première fois, une qualité qui est nommée *l'esprit du débutant* (Bishop et al., 2004). Contrairement à la relaxation, l'objectif de la pleine conscience n'est donc pas de promouvoir un état physique ou psychologique agréable ou détendu, mais plutôt de prendre conscience le plus pleinement possible de son état actuel, qu'il soit positif ou négatif (Cottraux, 2007). Cet état objectif d'observation de soi introduit un « espace » entre la perception et la réponse. Ainsi, la pleine conscience permet de répondre aux situations de façon plus réfléchie (Bishop et al., 2004; Brown et al., 2007).

Brown et Ryan (2003) considèrent que la pleine conscience peut être envisagée comme un trait et comme un état. Le trait de pleine conscience réfère à des différences interindividuelles stables au niveau de la propension à être conscient du moment présent. Un certain consensus existe concernant le fait qu'il est universel, donc que toute personne est dotée de ce trait, mais qu'il varie en intensité d'une personne à l'autre (Kabat-Zinn,

---

<sup>1</sup> La rumination, un processus mental souvent initié automatiquement et de façon partiellement consciente (Douilliez, Philippot, Heeren, Watkins, & Barnard, 2012), est caractérisée par le fait de penser de façon répétitive, prolongée ou récurrente à propos de quelque chose (Watkins, 2008).



2003). L'état de pleine conscience concerne plutôt des fluctuations systématiques autour du niveau moyen de pleine conscience d'une personne. Les effets de l'état et du trait de pleine conscience seraient indépendants, mais corrélés, puisque la probabilité d'être momentanément conscient est plus importante parmi les personnes ayant des scores élevés de trait de pleine conscience (Brown & Ryan, 2003).

De leur côté, Bishop et al., (2004) parlent de la pleine conscience comme d'un processus qui vise à réguler l'attention en vue de permettre une conscience claire de l'expérience présente. Ces auteurs proposent un modèle à deux composantes, soit l'autorégulation de l'attention et l'adoption d'une orientation particulière par rapport au moment présent. L'autorégulation de l'attention implique la capacité de maintenir son attention sur un objet, la capacité de ramener son attention vers le moment présent lorsque des pensées surviennent et la capacité d'inhiber le processus d'élaboration des pensées pour retourner vers le moment présent. L'orientation particulière par rapport au moment présent réfère, quant à elle, à une approche du moment présent empreinte de curiosité, d'acceptation et d'ouverture pour l'expérience en cours.

En 2016, Nilsson et Karemi ont effectué une recension des écrits portant sur la pleine conscience dans le but de proposer une définition englobant les définitions de la psychologie moderne et celles plus traditionnelles du concept. Ces auteurs ont ainsi proposé une définition de la pleine conscience comprenant cinq éléments centraux. Le premier élément contient deux parties étroitement reliées, il s'agit de l'attention et la

conscience. L'attention est ici le prérequis de la conscience, elle permet à l'individu de se centrer sur l'élément dont il cherche à être conscient. La conscience quant à elle réfère à l'habileté d'être profondément présent à soi. Le deuxième élément du modèle, la centration sur le présent, est considéré comme la dimension expérientielle de la pleine conscience, c'est la capacité de garder son esprit sur le moment présent. Les événements externes ont été inclus comme troisième élément, puisque lorsqu'un individu est en état de pleine conscience, il l'est toujours en relation avec son environnement. L'environnement est donc un élément primordial à considérer. Le quatrième élément, la culture (*cultivation*) réfère au fait de cultiver la personnalité de l'individu par la pleine conscience. Le dernier élément, l'esprit éthique a été inclus dans le modèle en vue de faire le pont entre les définitions occidentales et bouddhistes de la pleine conscience. Cet élément met en lumière la dimension sociale de la pleine conscience, qui peut être utilisée comme un outil politique pour promouvoir la paix et l'équilibre social.

### **La pratique de la pleine conscience**

La pratique de la pleine conscience consiste à centrer son attention sur la respiration, ou sur un objet de centration, et à prendre conscience des pensées, sensations et émotions qui surgissent au moment présent de manière ouverte et sans jugement, tout en prenant soin de ramener l'attention constamment à l'objet de centration lorsque l'esprit vagabonde (Kabat-Zinn, 2003). Cette pratique vise la modification de la relation et de l'attitude de l'individu à l'égard de ses émotions et de ses cognitions (Heeren & Philippot, 2010). L'individu est invité à prendre une distance par rapport au contenu de ses pensées et à

conscientiser le processus même de pensée (Dionne, 2009). Ainsi, plutôt que de tenter de modifier directement le contenu, la fréquence et la forme des phénomènes internes (p. ex., pensées, émotions, sensations corporelles), l'objectif est de les accepter tels qu'ils sont, c'est-à-dire comme des expériences internes et privées et non des vérités absolues (O'Brien, Larson, & Murrell, 2008).

Dans la pratique de la pleine conscience, il faut distinguer la pratique formelle et la pratique informelle. La pratique formelle inclut la méditation en position assise, le balayage corporel et la marche en pleine conscience. La pratique informelle consiste à apprendre à développer sa présence attentive dans les activités du quotidien, comme laver la vaisselle, prendre une douche, se brosser les dents ou manger (Baer & Krietemeyer, 2006). Une étude de Cigolla et Brown (2011) indique que, chez des thérapeutes, la pratique régulière de la pleine conscience de façon formelle et informelle a été nécessaire pour pouvoir bénéficier des effets généralement reconnus (diminution de la détresse psychologique et augmentation du trait de pleine conscience). Le développement d'une compréhension profonde de la pleine conscience est donc un processus long et ardu, qui doit être soutenu par un entraînement régulier (Cigolla & Brown, 2011). Une autre étude montre des résultats indiquant que la durée des sessions de méditation amène une augmentation du score de pleine conscience dans une population non clinique (Keune & Forintos, 2010). De plus, cette étude conclut que la durée et la fréquence de pratique de la pleine conscience augmentent de façon significative le bien-être, les affects et les émotions positives et le degré d'attention des participants.

## **Les interventions basées sur la pleine conscience**

Au cours des trois dernières décennies, la pratique de la pleine conscience a été intégrée à diverses formes de psychothérapies et d'interventions psychologiques (Larouche, 2009). Certains programmes sont exclusivement basés sur la pleine conscience, comme l'intervention de réduction du stress basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Stress Reduction* ou *MBSR*) (Kabat-Zinn et al., 1992) et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-based cognitive therapy* ou *MBCT*) (Segal et al., 2002) (Heeren & Philippot, 2010). D'autres intègrent des éléments de la pleine conscience à d'autres principes thérapeutiques, comme la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and commitment therapy* ou *ACT*) (Hayes et al., 2011).

Le *MBSR* a été développé en 1979 par Jon Kabat-Zinn. Ce programme visant l'apprentissage de la pleine conscience dans le cadre d'une intervention psychologique a été initialement conçu à l'intention de patients souffrant de problèmes de santé chronique et de troubles liés au stress (Kabat-Zinn et al., 1992). Par la suite, le *MBCT* (Segal et al., 2002) fut créé à partir du programme *MBSR* et de certains éléments des thérapies cognitivo-comportementales portant sur la dépression (Teasdale et al., 2000). Ce programme intégrant la pratique de la pleine conscience a été mis sur pied afin de prévenir les rechutes dépressives chez les adultes en rémission de troubles dépressifs récurrents en leur permettant de modifier la manière dont ils entrent en relation avec leurs pensées et leurs émotions négatives. En effet, les patients ayant déjà vécu plusieurs épisodes dépressifs ont tendance à réactiver des modèles de pensées et d'émotions négatives

pouvant déclencher une rechute. Le *MBCT* vise la prise de conscience de ce mode de fonctionnement de l'esprit et favorise la construction d'une nouvelle attitude à l'égard de ces pensées et émotions (Heeren & Philippot, 2010). Le *MBCT* s'est également avéré efficace dans la réduction de l'anxiété (Evans et al., 2008), du stress (Byerly-Lamm, 2018), ainsi que dans plusieurs autres domaines (Heeren & Philippot, 2010). Cette thérapie s'avère donc un outil efficace dans le traitement de plusieurs psychopathologies (Williams et al., 2008).

Concrètement, le *MBCT* est un programme structuré et progressif offert en groupe, en huit séances hebdomadaires d'une durée de 2 h 00 à 2 h 30. Durant ces ateliers, la pratique de la pleine conscience est enseignée essentiellement à travers des exercices de méditation formelle. À partir de ceux-ci, l'instructeur va favoriser progressivement l'émergence d'une connaissance expérientielle chez les membres du groupe en s'appuyant sur la description de leur expérience, laquelle servira de base à l'introduction d'éléments de psychoéducation. La pratique de la pleine conscience aide ainsi les personnes à voir leurs pensées comme des événements mentaux, indépendamment de leur contenu et de leur charge émotionnelle et à se tenir progressivement à l'écart des ruminations négatives (Semple & Lee, 2008). Le cœur du changement thérapeutique repose donc sur la décentration des patients à l'égard de leurs pensées (Heeren & Philippot, 2010; Segal et al., 2002). Les programmes de *MBSR* et *MBCT* sont semblables à 80 %, leur différence se retrouve dans les 20 % de psychoéducation portant sur la dépression incluse dans le *MBCT* (Segal et al., 2002). En outre, le programme de *MBCT* s'offre généralement à des groupes

plus restreints, composés d'un maximum de 18 personnes (Mirabel-Sharron, Docteur, Sala, & Siobud-Dorocant, 2012), alors que le programme *MBSR* peut inclure jusqu'à 25 personnes (p. ex., Centre Épic – Institut de cardiologie de Montréal, 2019).

Par ailleurs, l'*ACT* est une approche thérapeutique qui vise l'acceptation de l'expérience émotionnelle. Elle porte une attention particulière à la fusion cognitive, c'est-à-dire au processus par lequel l'individu adhère au sens littéral de ses pensées, en encourageant un processus appelé *défusion*. Elle porte également attention à l'évitement expérientiel, qui est le refus d'être en contact avec ses réactions intérieures en cherchant à modifier leur forme, leur fréquence ou leur contexte d'apparition (Dionne & Neveu, 2010; Hayes et al., 2011).

### **Adaptation du *MBCT***

Adapté par le praticien chercheur Pascal Zenere dans le cadre de sa pratique privée, le programme dispensé dans le cadre de ce devis de recherche est inspiré du *MBCT* puisqu'il présente la structure de ce programme, mais remplace le contenu lié spécifiquement à la dépression par des notions liées à l'épuisement professionnel et à la promotion du bien-être. Il est d'ailleurs plutôt courant d'adapter de diverses façons le *MBCT* lorsque celui-ci est dispensé en milieu organisationnel (Grégoire, Montani, & Hontoy, 2016c). Ce programme adapté du *MBCT* est complété par un apport de l'*ACT* qui se retrouve dans l'ajout d'exercices intégrant : 1) l'identification par les participants de leurs valeurs; 2) l'auto-observation des signes de détresse physique et psychologique

pouvant constituer des signes précurseurs d'épuisement professionnel; 3) l'auto-observation de leurs schémas comportementaux généralement automatiques les conduisant souvent à intensifier leur détresse psychologique; 4) l'engagement dans des actions conscientes orientées en direction de leurs valeurs. Cette version du *MBCT*, dispensée en octobre 2015 à une équipe de travailleurs québécois du domaine de la santé et des services sociaux, a montré des résultats prometteurs (Ducieux, Jasmin, Zenere, & Desroches, 2016) qui seront décrits en détail dans les prochaines sections du mémoire. Ce programme doit toutefois continuer à être validé empiriquement. En effet, il sera important de vérifier si les effets positifs de ce programme peuvent être reproduits dans différents contextes et auprès de différentes populations. D'ailleurs, les résultats du présent mémoire produiront des données qui pourront ultérieurement être utilisées à cet effet. À noter que ce programme est offert sur un mode « enseignement » et ne constitue d'aucune façon une thérapie de groupe.

### **Les processus d'action de la pleine conscience**

Il n'existe pas dans la littérature actuelle de consensus concernant les processus d'action qui sous-tendent la pleine conscience (Heeren & Philippot, 2010). Plusieurs auteurs ont proposé des modèles pour expliquer ces processus (p. ex., Brewer, Bowen, Smith, Marlatt, & Potenza, 2010; Shonin & Gordon, 2016). Le modèle qui sera détaillé ici est celui de Heeren et Philippot (2010), car leur revue de littérature propose un modèle qui cible les processus d'action sous-tendant les interventions basées sur la pleine conscience, comme le *MBCT*. Ces auteurs ont repris les cinq processus de changement

proposé par Baer (2003), soit l'*exposition*, le *changement cognitif*, l'*acceptation*, la *gestion de soi* et la *relaxation* et les ont appuyés à l'aide d'études empiriques.

D'abord, la pratique de la pleine conscience implique l'*exposition* prolongée aux émotions et aux pensées, ainsi que la prévention de la réponse d'évitement de l'expérience. Par exemple, dans le *MBCT*, les participants sont invités à observer les éléments particuliers de leur expérience émotionnelle, mode de traitement de l'information qui permet la réduction de l'intensité émotionnelle. Ce faisant, la pratique de la pleine conscience permet une diminution des réponses émotionnelles conditionnées. En fait, comme le souligne Baer (2003), la pleine conscience pourrait agir de façon similaire à la stratégie d'exposition décrite par Barlow et Craske (2000), amenant le participant à mieux tolérer les émotions négatives.

Sur le plan des *changements cognitifs*, l'entraînement volontaire de l'attention sur le processus de pensée permettrait de désamorcer les boucles de pensées négatives automatiques qui sont actives pendant la rumination. En fait, la pratique de la pleine conscience changerait le mode cognitif utilisé pour le traitement de l'information émotionnelle. En effet, lors des séances de pratique de la pleine conscience, comme dans le *MBCT*, un accent particulier est mis sur le fait de considérer les pensées comme des pensées, c'est-à-dire comme des créations de l'esprit et non comme le reflet de la réalité (Cottraux, 2007). Cette pratique amènerait donc l'augmentation des pensées concrètes et expérientielles, caractéristiques des pensées adaptatives, et la réduction des pensées



intrusives abstraites et générales, caractéristiques de la rumination mentale (Heeren & Philippot, 2011). Sur le plan métacognitif, la pratique de la pleine conscience améliore les processus exécutifs d'inhibition et de flexibilité cognitive facilitant ainsi l'adaptation de l'individu à de nouvelles situations (Heeren & Philippot, 2010).

Concernant l'*acceptation*, celle-ci est l'un des fondements de la pleine conscience (Baer, 2003). Elle consiste à décider si une action doit être entreprise ou s'il vaut mieux s'accommoder d'une situation sur laquelle il n'y a pas de prise possible. Néanmoins, l'acceptation de l'expérience ne signifie pas de renoncer au changement. Il ne s'agit pas de choisir entre l'acceptation et l'action, mais bien d'accepter puis d'agir (Segal, Williams, & Teasdale, 2013). La pleine conscience promeut donc un processus d'acceptation active plutôt que la résignation. Heeren et Philipot (2010) indiquent que la souffrance émotionnelle résulterait plus de la non-acceptation de l'émotion, que de l'émotion elle-même. En favorisant l'acceptation de l'émotion, la pratique de la pleine conscience permettrait donc une réduction de son intensité.

Le quatrième processus, la *gestion de soi*, est favorisé par la pleine conscience, puisque celle-ci implique l'observation de soi et de ses réactions émotionnelles automatiques. Le fait de s'observer permet de mieux faire face à la détresse psychologique en en détectant les signes avant-coureurs et d'envisager des comportements alternatifs aux comportements habituels. La pratique de la pleine conscience effectuée dans le cadre du *MBCT* réfère donc à une stratégie permettant de développer une conscience plus précise

des mécanismes mentaux et d'échapper à leurs automatismes, tout en demeurant dans le moment présent (Segal et al., 2013). De plus, cette pratique demande de libérer du temps quotidiennement. Ce faisant, l'individu peut en venir à observer les valeurs impliquées dans ses actions quotidiennes, afin de réorganiser son temps de façon optimale, favorisant ainsi la gestion de soi.

Finalement, la *relaxation*, dernier processus du modèle, est le moins détaillé des cinq. La relaxation est un effet secondaire pouvant être engendré par la pratique de la pleine conscience, notamment dans le cadre du *MBCT*. Cet effet secondaire est susceptible d'amener plusieurs bénéfices pour l'individu, dont le changement de la physiologie liée au stress (Richer & Lachance, 2016).

Ce modèle, bien qu'exhaustif, reste cependant limité à quelques égards (p. ex., processus difficilement opérationnalisables, processus pas mutuellement exclusifs) (Heeren & Philippot, 2010). Pour cette raison, Heeren et Philippot (2010) en ont tiré deux principes actifs majeurs et opérationnalisables. Le premier principe actif est la modification du niveau de traitement de l'information de nature émotionnelle, passant d'un niveau abstrait et général (p. ex., tous les gens sont irrespectueux) vers un niveau spécifique concret et expérientiel (p. ex., mon voisin s'est montré irrespectueux en faisant beaucoup de bruit la nuit dernière). Cette modification du niveau de traitement est associée à la diminution de l'intensité émotionnelle. Le deuxième principe actif est l'augmentation de la capacité à désengager le focus attentionnel d'une tâche devenue superflue (p. ex., la

rumination mentale) pour l'engager dans une tâche plus adéquate. Ce deuxième principe serait un médiateur du premier. Ces deux principes actifs pourraient expliquer l'efficacité de la pratique de la pleine conscience dans le traitement de plusieurs psychopathologies courantes (Heeren & Philippot, 2010).

### **Les effets de la pleine conscience sur l'anxiété, la dépression et le stress**

Plusieurs recherches ont montré que la pleine conscience avait des effets bénéfiques sur la satisfaction de vie (Nyklicek & Kuijpers, 2008), le bien-être et les affects positifs (Barnes, Brown, Krusemark, Campbell, & Rogge, 2007), ainsi que sur l'estime de soi (Biegel, Brown, Shapiro, & Schubert, 2009; Heppner & Kemis, 2007). En plus de ces effets bénéfiques pour la qualité de vie des individus, la pleine conscience permet la diminution de l'anxiété, de la dépression et du stress. Effectivement, les interventions basées sur la pleine conscience sont associées à une réduction du niveau de psychopathologie générale (Williams, Kolar, Reger, & Pearson, 2001). Elles sont particulièrement efficaces pour le traitement des troubles mentaux dans lesquels la rumination mentale, l'intolérance aux affects négatifs et l'évitement subséquent sont des caractéristiques centrales (Bishop et al., 2004; Keng, Smoski, & Robins, 2011; Roemer & Orsillon, 2002).

**Effets de la pleine conscience sur l'anxiété.** Plusieurs études ont montré l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience pour le traitement de divers troubles impliquant des symptômes anxieux. Par exemple, Patel, Carmody et Simpson (2007) ont

présenté une étude de cas, menée aux États-Unis, dans laquelle ils ont conclu que l'utilisation d'un programme *MBSR* adapté a permis une diminution significative des symptômes du trouble obsessionnel-compulsif, un trouble dans lequel l'individu cherche à éviter l'anxiété causée par ses obsessions en adoptant des comportements compulsifs. De leur côté, Bögels, Sijbers et Voncken (2006) ont mené une étude à devis quasi expérimental auprès de 10 participants habitant les Pays-Bas et ayant un diagnostic primaire de phobie sociale. Leur objectif était de vérifier les effets d'un traitement composé d'éléments du programme *MBCT* et d'éléments du programme d'entraînement à la concentration sur la tâche (*Task concentration training*). Ces auteurs ont conclu que le traitement expérimenté a permis de réduire significativement les symptômes de phobie sociale à court terme et que cette amélioration se maintient sur une période minimale de deux mois.

Les résultats d'une autre étude américaine utilisant un devis quasi expérimental et menée auprès de 32 participants issus de la population clinique (Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995) ont permis de voir que les symptômes d'anxiété et de dépression des participants se sont améliorés après une intervention *MBSR* et que cette amélioration s'est maintenue sur une période d'au moins trois ans. En effet, les auteurs de cette étude ont observé une réduction de la fréquence des attaques de panique et de l'évitement dans les troubles panique chez les participants de l'étude (Miller et al., 1995). Enfin, Evans et al. (2008) ont mené une étude à devis pré-expérimental visant à vérifier les effets d'une intervention *MBSR* dans un échantillon de 11 participants américains souffrant d'un

trouble d'anxiété généralisée. Selon ces auteurs, l'intervention *MBSR* a permis une diminution significative des symptômes anxieux, des symptômes dépressifs et des inquiétudes pathologiques parmi les participants (Evans et al., 2008).

**Effets de la pleine conscience sur la dépression.** Les interventions basées sur la pleine conscience ont aussi montré leur efficacité dans le traitement de la dépression. Ainsi, dans une étude expérimentale ( $n = 75$ ) menée au Royaume-Uni, Ma et Teasdale (2004) ont tenté de reproduire les résultats d'une étude de Teasdale et al. (2000), soit d'obtenir une diminution des rechutes dépressives chez des individus ayant souffert de trois dépressions ou plus après un programme *MBCT*. Les auteurs sont arrivés à des résultats similaires à ceux obtenus par Teasdale et al. (2000). En effet, ils ont observé que le programme *MBCT* a permis une diminution significative des rechutes dépressives chez les participants ayant vécu trois épisodes dépressifs ou plus. Cependant, cette diminution des rechutes dépressives n'a pas été observée chez les participants ayant vécu deux épisodes dépressifs ou moins. Les auteurs ont expliqué cette différence en spécifiant que les participants ayant vécu trois épisodes dépressifs ou plus et les participants ayant vécu deux épisodes dépressifs ou moins constitueraient deux populations distinctes qui devraient être étudiées séparément. Segal et al. (2013) ont obtenu des résultats similaires dans un essai clinique visant à vérifier si un programme *MBCT* permet de réduire le taux de rechutes dépressives chez 145 participants en rémission d'épisodes dépressifs majeurs récurrents. Leurs résultats montrent que le programme *MBCT* ne s'est pas montré pas plus efficace qu'un traitement traditionnel dans le traitement de la dépression pour les participants ayant vécu

deux épisodes dépressifs ou moins. Toutefois, le programme *MBCT* a permis de réduire de manière significative le risque de rechute chez les participants ayant connu trois épisodes dépressifs ou plus.

Kuyken et al. (2008), pour leur part, ont mené une étude expérimentale ayant pour objectif de comparer l'efficacité, du programme *MBCT* dans le traitement de la dépression, par rapport à celle d'un traitement médicamenteux. Les participants de cette étude menée en Angleterre devaient avoir souffert d'au moins trois épisodes dépressifs et choisir entre : 1) cesser leur médication avec l'aide de leur médecin, tout en suivant le programme *MBCT* ( $n = 61$ ); ou 2) poursuivre leur traitement médicamenteux ( $n = 62$ ). En comparant les résultats de ces deux groupes, les auteurs ont conclu que l'utilisation du *MBCT* prévient aussi bien les rechutes dépressives que l'utilisation d'un traitement médicamenteux. De plus, l'utilisation du programme *MBCT* se montre plus efficace en ce qui concerne les symptômes dépressifs résiduels et la qualité de vie. D'autres auteurs ont mené une étude à devis quasi expérimental ( $n = 79$ ), visant à vérifier l'efficacité d'un programme *MBCT* chez des participants australiens souffrant d'un trouble de l'humeur et présentant des symptômes dépressifs en dépit d'un traitement médicamenteux (Kenny & Williams, 2007). Ces auteurs ont indiqué que le programme *MBCT* est un traitement acceptable pour ces patients, car il permet une réduction significative des symptômes dépressifs chez plusieurs d'entre eux.

Par ailleurs, Kingston, Dooley, Bates, Lawlor et Malone (2007) ont mené une étude à devis quasi expérimental visant à vérifier l'efficacité d'un programme *MBCT* quant à la réduction des symptômes résiduels de dépressions et à explorer l'effet de la pleine conscience sur la rumination. Cette étude a été menée auprès d'un échantillon de 23 participants irlandais ayant reçu un diagnostic de dépression majeure et présentant toujours des symptômes dépressifs. Les auteurs ont conclu que le programme *MBCT* diminue les symptômes dépressifs résiduels et que ces gains se maintiennent sur une période d'au moins un mois. Ils ont précisé que cette amélioration des symptômes pourrait être expliquée par une diminution de la rumination chez les participants. Finalement, dans une étude à devis quasi expérimentale Williams, Teasdale, Segal et Soulsby (2000) se sont intéressés à l'effet du programme *MBCT* sur la mémoire autobiographique de 45 participants du Pays de Galles ayant vécu au moins deux épisodes dépressifs. Ces auteurs ont conclu que la pratique de la pleine conscience aide les adultes ayant tendance à faire des dépressions à retrouver des souvenirs autobiographiques spécifiques et expérientiels. Ces souvenirs remplaceraient les souvenirs généraux et abstraits impliqués dans la rumination, ce qui permettrait une diminution des symptômes dépressifs (Heeren & Philippot, 2010).

**Effets de la pleine conscience sur le stress.** En plus d'être efficaces dans le traitement de la dépression et de l'anxiété, plusieurs études appuient l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience dans la réduction du stress (Creswell, Pacilio, Lindsay, & Brown, 2014; Fan, Tang, Ma, & Posner, 2010; Tang et al., 2007). Par exemple, selon

une revue de littérature portant sur 52 articles, le nombre de séances de pratique de *MBSR* prédit la réduction des symptômes de stress chez des patients atteints de cancer. Les résultats de cette revue de littérature indiquent également un effet global de la participation à un programme *MBSR* sur la réduction du stress chez des participants en santé (Chiesa & Serretti, 2010).

Du côté des études empiriques portant sur l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience dans la réduction du stress, Zlotnick et al. (1997) ont mené une étude à devis quasi expérimental portant sur le trouble de stress post-traumatique. Ils ont conclu qu'une intervention de gestion des émotions incluant des éléments de pleine conscience a permis une amélioration significative des symptômes de stress post-traumatique dans un échantillon composé de 33 femmes américaines souffrant d'un trouble de stress post-traumatique. En outre, Abbott et al. (2014) affirment dans leur méta-analyse (neuf études; 578 participants) que les interventions *MBCT* et *MBSR* ont des effets positifs (effets petits à modérés) quant à la réduction du stress, en plus de réduire les symptômes de la dépression et de l'anxiété.

Enfin, dans un chapitre de livre portant sur les effets de la pleine conscience, Richer et Lachance (2016) indiquent que la méditation de pleine conscience pourrait être une habitude de vie à intégrer dans un mode de vie sain. Selon eux, les activités comme la méditation déclenchent une réponse de relaxation dans l'organisme, ce qui réduit la réponse du système nerveux autonome modifiant ainsi la physiologie associée au stress



(diminution du rythme respiratoire et cardiaque, diminution des hormones de stress, etc.). Cette réponse de relaxation, pouvant être induite par la méditation de pleine conscience, pourrait jouer le rôle d'un mécanisme de protection de l'organisme devant les effets néfastes du stress (perturbation de la réponse immunitaire, déficit de mémoire, baisse de performance cognitive, etc.) (Jacobs, 2001). Compte tenu de l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience dans différents problèmes psychologiques courants, celles-ci ont progressivement été mises en place en milieu de travail afin d'améliorer la condition de vie des employés (Grégoire et al., 2014).

### **La pleine conscience en milieu organisationnel**

Une méta-analyse conduite par Virgili (2015) sur 19 études randomisées et non randomisées (1139 participants), ainsi qu'une recension des écrits de Grégoire et al. (2014) permettent de dresser un portrait des récentes recherches qui portent sur la pleine conscience en milieu organisationnel.

D'abord, plusieurs études montrent que la méditation a un effet bénéfique sur la dynamique d'équipe (Bond, Flaxman, Van Veldheren, & Biron, 2010). Ainsi, Glomb, Duffy, Bono et Yang (2011) soutiennent que cette forme d'entraînement est bénéfique, car elle favorise une meilleure régulation émotionnelle. En effet, les travaux menés par Grégoire, Lachance et Richer (2016b) suggèrent que la méditation aide les individus à se distancer des pensées ou des émotions difficiles qu'ils vivent dans le cadre de leur travail. Comme précédemment abordé lors de la présentation de l'*ACT*, ce processus est appelé la

défusion (Hayes et al., 2011) ou encore la décentration (Sauer & Baer, 2010). Plutôt que de se laisser envahir par leurs pensées ou leurs émotions, les individus parviennent graduellement à les observer sans jugement, avec curiosité. Une telle distanciation favoriserait en retour une meilleure régulation émotionnelle et le développement de compétences intrapersonnelles, autant qu'interpersonnelles. En effet, permettant à l'individu d'accueillir ses émotions sans jugement, mais aussi les émotions et les difficultés de ses collègues, la pratique de la pleine conscience favoriserait le développement du sentiment d'autocompassion (Boellinghaus, Jones, & Hutton, 2012; Flook, Goldberg, Pinger, Bonus, & Davidson, 2013; Roeser et al., 2013; Shapiro et al., 2005) et de l'empathie (Bouchard, St-Martin, & Montani, 2014; Krasner et al., 2009). La pleine conscience peut donc être un bon moyen d'aider les employés à mieux s'adapter à une nouvelle dynamique d'équipe lors d'une recomposition de celle-ci.

Concernant l'adaptation des employés aux changements organisationnels, la pratique de la pleine conscience favorise la réduction du stress et le développement de compétences interpersonnelles, ce qui aide les employés à mieux faire face à la pression entourant la mise en place de changements dans les organisations et à établir les relations harmonieuses nécessaires à leur implantation (Glomb et al., 2011). Il a également été montré que les programmes *ACT* permettaient un niveau d'acceptation élevé de la part des employés vivant un contexte de changement organisationnel (Bond & Bunce, 2003). Plus aptes à accepter leurs émotions aversives, les employés s'avéraient moins susceptibles de gaspiller leurs ressources attentionnelles en tentatives d'évitement ou de contrôle de leurs

pensées et de leurs émotions indésirables. Ainsi, davantage de ressources seraient disponibles pour leur permettre de discerner leur marge de contrôle, même si celle-ci est limitée. À ce titre, ce type de programme devient une piste intéressante dans le cadre du développement organisationnel et du travail en équipe (Bond et al., 2010). Toutefois, Grégoire et al. (2014) prennent la peine de préciser que les programmes basés sur la pratique de la pleine conscience ont été mis au point pour aider les individus à faire face à des situations difficiles et non à accepter l'inacceptable. Cette mise en garde contre des dérives potentielles est également soutenue par Brac de la Perrière (2015) qui rappelle que le principe du lâcher-prise en milieu de travail ne doit pas s'effectuer au détriment des intérêts et des valeurs des employés. Malgré cela, la pratique de la pleine conscience s'avère être un outil particulièrement utile pour aider les employés à faire face adéquatement à une réorganisation de leur contexte de travail.

En outre, les résultats de plusieurs recherches montrent un lien entre la pratique de la pleine conscience chez les employés et l'amélioration de la santé générale (Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzer, 2013), de la qualité du sommeil (Frank, Reibel, Broderick, Cantrell, & Metz, 2013; Klatt et al., 2009; Wolever et al., 2012), de la satisfaction de vie (Mackenzie, Poulin, & Seidman-Carlson, 2006; Ducreux et al., 2016), de la satisfaction au travail (Reb, Narayanan, & Ho, 2013), du bien-être psychologique (Goodman & Schorling, 2012), des affects positifs (Brooker et al., 2013; Martín Asuero, Rodríguez Blanco, Pujol-Ribera, Berenguera, & Moix Queraltó, 2013) Goodman & Schorling, 2012), des affects négatifs (Abenavoli, Jennings, Greenberg, Harris, & Katz, 2013;

Galantino et al., 2005) et de la compassion à l'égard de soi (Boellinghaus et al., 2012; Flook et al., 2013; Roeser et al., 2013). Les programmes basés sur la pratique de pleine conscience constituent donc une façon efficace de promouvoir le mieux-être et la santé psychologique au travail (p. ex., Roeser, Skinner, Beers, & Jennings, 2012; Wolever et al., 2012).

Plusieurs études empiriques se sont d'ailleurs penchées sur les effets de la pleine conscience en milieu organisationnel. Ainsi, Hayes et al. (2004a) ont mené une étude à devis pré-expérimental auprès de 90 participants américains travaillant comme conseillers en toxicomanie. L'objectif de ces auteurs était de comparer l'efficacité de trois méthodes (l'*ACT*, un entraînement multiculturel et une formation sur les abus de substance) par rapport à la prévention de l'épuisement professionnel. Les résultats de l'étude indiquent que les symptômes d'épuisement professionnel se sont améliorés pour les participants ayant suivi le programme *ACT* et que cette amélioration s'est maintenue pour une période de trois mois. L'entraînement multiculturel a également permis une amélioration des symptômes d'épuisement des participants, mais cette amélioration ne s'est pas maintenue dans le temps. La formation sur les abus de substance n'a pas amené d'amélioration. Dans une autre étude à devis quasi expérimental menée auprès d'un échantillon composé de 68 professeurs espagnols enseignant au niveau secondaire, Franco, Manas, Cangas, Moreno et Gallego (2010) avaient pour objectif de vérifier les effets d'une intervention basée sur la pleine conscience (*Flow Meditation*) sur la réduction du niveau de détresse psychologique. Les résultats de cette étude indiquent que les participants ont montré une

diminution significative de leur niveau de détresse psychologique, ainsi qu'une diminution de leurs symptômes de dépression et d'anxiété.

Par ailleurs, Geary et Rosenthal (2011) ont mené une étude à devis quasi expérimental auprès de 94 participants, majoritairement employés à l'Université du Texas. L'objectif de cette étude était de vérifier si la participation à un programme *MBSR* permet d'obtenir une diminution du niveau de stress des employés. Les auteurs de l'étude concluent que la participation à un tel programme a permis de réduire significativement le niveau de stress des employés et que cette diminution du stress s'est maintenue sur une période d'au moins un an. D'autres auteurs ont mené une étude quasi expérimentale s'intéressant à la détresse psychologique auprès d'un échantillon composé de 29 professionnels espagnols œuvrant dans le domaine de la santé (Martin-Asuero & Garcia-Banda, 2010). L'objectif de cette étude était de vérifier l'efficacité du programme *MBSR* dans la réduction de la détresse psychologique. Comme prévu, les résultats montrent une réduction significative du niveau de détresse psychologique des participants. Les auteurs expliquent que cette diminution peut être reliée à une diminution des affects négatifs vécus par les participants, ainsi qu'à une diminution de la rumination (Martin-Asuero & Garcia-Banda, 2010). Pour leur part, Gold et al. (2010) ont mené une étude à devis pré-expérimental auprès de 10 participants employés comme professeurs dans une école primaire du Royaume-Uni. Cette étude visait à vérifier les effets d'un programme *MBSR* sur la réduction du stress des participants. Les auteurs concluent que les participants ont montré une réduction significative de leur

niveau de stress et de dépression. Le niveau d'anxiété des participants a également diminué, sans toutefois montrer de différence significative.

De leur côté, Klatt, Buckworth et Malarkey (2009) ont mené une étude expérimentale auprès de 48 participants employés dans une université américaine. Leur étude avait pour but de vérifier les effets d'un programme *MBSR* sur le niveau de stress des participants. Ces auteurs concluent à une augmentation significative de la fréquence des états de pleine conscience et à une diminution significative des niveaux de stress des participants. Par ailleurs, dans une étude expérimentale menée auprès de 33 infirmiers américains, Pipe et al. (2009) ont tenté de vérifier les effets d'un programme *MBSR* sur le stress, l'anxiété et la dépression des participants. Comme anticipé, les résultats de cette étude montrent une diminution significative de la dépression, de l'anxiété et des symptômes de détresse des participants.

Au Danemark, Ruths et al., (2013) ont mené une étude à devis pré-expérimental auprès d'un échantillon composé de 24 participants travaillant dans un institut de recherche sur la santé mentale. L'objectif de cette étude était de vérifier si les professionnels maintiennent la pratique de la pleine conscience après avoir suivi un programme *MBCT* et si cette pratique peut être associée à une augmentation du bien-être et à une diminution de la détresse. Les résultats indiquent que les participants ont majoritairement complété le programme *MBCT* et ont continué à pratiquer la pleine conscience après le programme. Chez ces participants, la pratique de la pleine conscience a été associée à une augmentation

des niveaux de pleine conscience et de bien-être psychologique. De plus, les participants ont également rapporté des niveaux de détresse psychologique moindres. De leur côté, Galantino, Baime, Maguire, Szapary et Farrar (2005) ont mené une étude à devis pré-expérimental auprès de 18 participants américains employés dans un hôpital universitaire. Leur objectif était de vérifier les effets d'un programme *MBCT* sur le niveau de stress des participants. Les auteurs concluent qu'il n'y a pas eu d'effet du programme *MBCT* sur le niveau de stress mesuré à l'aide du cortisol salivaire. Toutefois, les participants de l'étude ont montré une diminution significative de l'épuisement émotionnel et de l'anxiété.

Dans une étude expérimentale, Shapiro, Schwartz et Bonner (1998) se sont penchés sur les effets d'un programme *MBSR* auprès de participants américains étudiants dans le domaine médical ( $n = 78$ ). Ces auteurs ont conclu que le programme *MBSR* a permis une réduction significative des symptômes dépressifs, de l'anxiété et de la détresse psychologique. Cette étude a été répliquée par Shapiro et al. en 2005 auprès d'un échantillon de 10 participants américains œuvrant comme professionnels de la santé. Les auteurs concluent cette fois que les participants ont montré une diminution significative de leur niveau de stress et une diminution de leur détresse psychologique, bien que cette dernière n'ait pas été significative. Enfin, une plus récente revue systématique des écrits (25 articles) suggère qu'un indice élevé de pleine conscience joue un rôle de prédicteur par rapport à la santé psychologique. En outre, cet indice élevé semble agir comme un facteur de protection dans les problématiques d'épuisement, d'anxiété et de dépression (Grégoire et al., 2016c).

En somme, l'implantation d'un programme de pleine conscience en milieu de travail peut s'avérer un choix judicieux, particulièrement en temps de réorganisation institutionnelle. Effectivement, la pratique de la pleine conscience chez les employés les aide à préserver une dynamique d'équipe positive et à faire face adéquatement aux changements organisationnels imposés par leur entreprise. De plus, cette pratique favorise la santé psychologique, ce qui offre une protection contre plusieurs problématiques courantes (p. ex., anxiété, dépression) et réduit les symptômes déjà présents de détresse psychologique, comme l'anxiété, la dépression et le stress. Toutefois, il convient de souligner qu'une grande part de ces résultats encourageants ont été obtenus par des recherches reposant sur des statistiques corrélationnelles et non inférentielles ce qui demande de faire preuve de prudence dans l'interprétation et la généralisation de ces résultats (Grégoire et al., 2016c). De surcroît, aucune des études empiriques recensées n'a été menée au Québec, limitant la généralisation des résultats à une population québécoise. En outre, certains résultats portent à croire que les effets de ce type d'intervention dépendent de la population ciblée (Ma & Teasdale, 2004; Segal et al., 2013). Il est donc probable que l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience diffère selon l'échantillon ciblé.

### **Le contexte québécois**

Au Québec, le milieu de la recherche s'intéresse de plus en plus aux effets de la pratique de la pleine conscience chez des clientèles diversifiées. Un groupe composé de chercheurs et d'intervenants de diverses disciplines se consacre d'ailleurs entièrement à



l'avancement des connaissances sur ce sujet, le Groupe de Recherche et d'Intervention sur la Présence Attentive (GRIPA), affilié à l'Université du Québec à Montréal. Une autre équipe de recherche, dirigée par la professeure Fabienne Lagueux de l'Université de Sherbrooke, s'intéresse également à ce sujet.

Grâce au développement des recherches et à la multiplication des colloques sur le sujet (p. ex., Ducreux et al., 2016; Gagné, Potvin, & Pomerleau, 2016; Zenere, 2016), la pratique de la pleine conscience connaît un intérêt certain auprès des psychiatres, des psychothérapeutes et des médecins généralistes. Les interventions basées sur la pleine conscience se développent donc dans les différents CIUSSS de la province. En effet, certains de ces établissements se sont inspirés d'un programme basé sur la pleine conscience pour venir en aide à des personnes atteintes de troubles mentaux complexes (Janelle & Labelle, 2009). D'autres équipes proposent, depuis quelques années, des ateliers de pleine conscience à leur clientèle en santé mentale, de même qu'à leurs intervenants. Cependant, lors de vérifications téléphoniques auprès de ces établissements, il a été constaté qu'à l'exception du CIUSSS – CSSS de la montagne, les milieux procèdent rarement à l'évaluation des effets de la pratique de la pleine conscience, tant auprès des usagers que des intervenants.

Une des rares recherches ayant pu être recensée et portant sur l'évaluation des effets de la pratique de la pleine conscience dans ce type de milieu a été menée au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, en octobre 2015 par Ducreux et al. (2016). Celle-ci avait pour objectif

de mesurer les effets d'un programme de pleine conscience (*MBCT*), le même que celui proposé dans le cadre du présent mémoire, auprès de six intervenants de l'équipe de santé mentale jeunesse. De façon plus spécifique, cette étude visait à vérifier, à l'aide d'entrevues semi-structurées, les effets perçus par les participants sur : leur perception de la pleine conscience, leur qualité de vie, leur conciliation vie privée/travail, leur dynamique d'équipe, leur réaction par rapport aux changements organisationnels (p. ex., stress) et la qualité de l'alliance thérapeutique intervenant-usager. Les auteurs de l'étude indiquent que les participants ont rapporté avoir apprécié le programme de pleine conscience et avoir perçu des effets bénéfiques de ce programme. Parmi ces effets, les participants ont indiqué une amélioration de leur qualité de vie (amélioration du bien-être et réduction des phénomènes de stress, d'anxiété et de rumination mentale) et de leur dynamique d'équipe (meilleure cohésion d'équipe). Les participants ont également rapporté une plus grande capacité à concilier le travail et la vie privée. Toutefois, la perception des participants était partagée quant à l'effet de la pratique de la pleine conscience sur l'alliance thérapeutique intervenant-usager, certains y voyant des avantages, d'autres non. Leurs réactions par rapport aux changements organisationnels n'ont pas été incluses dans les résultats.

Cette étude reste toutefois limitée, puisque les résultats qu'elle propose sont uniquement basés sur des entrevues semi-dirigées, méthode de collecte de données généralement plus sujette aux biais (Hogan, 2015). Il serait alors pertinent d'étudier l'effet

de ce programme de pleine conscience à l'aide d'autres méthodes de collecte de données comme des mesures standardisées.

### **Limites des études actuelles**

L'analyse de la littérature met en lumière le fait qu'il s'agit d'un champ d'études présentant des défis. En premier lieu, parmi les nombreuses études portant sur la pleine conscience en milieu de travail, il existe peu d'études randomisées contrôlées et beaucoup d'études corrélationnelles (Grégoire et al., 2016c). En deuxième lieu, mise à part l'étude de Ducreux et al. (2016), aucune des études empiriques recensées n'a été menée au Québec, ce qui limite grandement la généralisation des résultats de ces études à une population québécoise. Comme mentionné précédemment, les résultats de certaines études (Ma & Teasdale, 2004; Segal et al., 2013) amènent à croire que les effets des interventions basées sur la pleine conscience pourraient varier en fonction de la population ciblée par l'intervention. En troisième lieu, de façon plus spécifique, peu d'études proposent une évaluation rigoureuse des effets d'un programme de pratique de la pleine conscience dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Le présent mémoire tentera de pallier ces limites, en évaluant avec des mesures standardisées les effets d'un programme *MBCT* adapté (Ducreux et al., 2016) dans un CIUSSS québécois à l'aide d'un plan de recherche pré-expérimental. Malheureusement, compte tenu des limites imposées dans le cadre du doctorat professionnel, il n'est pas possible de pallier de façon plus efficace les lacunes méthodologiques découlant du manque d'étude expérimentale dans la littérature actuelle.

### Objectif et hypothèses

La présente étude a été menée auprès d'une équipe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, en pleine réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux du gouvernement québécois (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2017). La gestionnaire de cette équipe a décidé de proposer aux membres de son équipe un programme de pleine conscience (*MBCT*). Celle-ci percevait, au sein de son équipe, des signes d'épuisement professionnel liés à la réorganisation ayant cours à l'époque. Ce contexte particulier amenait ses employées à devoir faire face à des défis supplémentaires, dont la recomposition de l'équipe, ce qui ne manquait pas de générer davantage de stress. La recension des écrits montre qu'une des faiblesses de l'implantation de la pratique de la pleine conscience dans le secteur de la santé et des services sociaux québécois demeure le fait que les effets de la pratique de la pleine conscience ne soient pas évalués. Cette recherche a donc pour objectif principal d'évaluer les effets du programme de pleine conscience qui sera offert à cette équipe. Les membres de cette équipe présentant des signes de détresse psychologique, il a été décidé d'évaluer la présence ou non des effets généraux attendus au terme d'un programme de pleine conscience dispensé en contexte de travail, dans ce cas-ci une diminution des signes de détresse psychologique. En outre, les effets du programme devraient également varier en fonction du temps de pratique des participants.

Pour parvenir à cet objectif, cette recherche évaluera l'effet du *MBCT* sur le trait de pleine conscience et sur le niveau global de détresse psychologique dont les composantes

spécifiques sont les niveaux de dépression, d'anxiété et de stress. Il a été choisi d'évaluer le trait de pleine conscience, puisqu'à la lumière des résultats rapportés par les études précédentes, il apparaît qu'un indice élevé de pleine conscience jouerait un rôle de prédicteur par rapport à la santé psychologique. En outre, un indice élevé semblerait agir tel un facteur de protection dans les problématiques d'épuisement, d'anxiété et de dépression. De plus, la présente étude vérifiera la présence d'un lien entre la durée de pratique de la pleine conscience des participants et les effets obtenus. En effet, les études recensées précédemment montrent que les effets du programme dépendraient du temps de pratique des participants (Cigolla & Brown, 2011; Keune & Forintos, 2010).

De manière plus spécifique, cinq hypothèses sont posées, à savoir que : 1) au terme du programme *MBCT* de huit semaines, il y aura une augmentation du trait de pleine conscience, mesuré par le *Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*; 2) au terme du programme *MBCT* de huit semaines, il y aura une diminution des scores de détresse psychologique, mesurés par la *Depression, anxiety, stress scale (DASS-21)*; 3) un lien positif sera observé entre le temps de pratique de la pleine conscience des participantes et le trait de pleine conscience, mesurée par le *FFMQ*; 4) un lien négatif sera observé entre le temps de pratique de la pleine conscience des participantes et les scores de détresse psychologiques, mesurés par la *DASS-21*; 5) un lien négatif sera observé entre le trait de pleine conscience, mesuré par le *FFMQ* et les scores de détresse psychologique, mesurés par la *DASS-21*.

La recherche présentée dans le cadre de ce mémoire s'intègre à une recherche de plus grande envergure menée par la directrice de recherche, Edwige Ducreux (Université de Sherbrooke) comportant deux volets. Le premier volet vise à obtenir des résultats qualitatifs et porte sur les perceptions des intervenants par rapport aux effets du *MBCT*. Le deuxième volet est celui abordé dans le cadre de ce mémoire et vise à quantifier les effets de cette thérapie.

## **Méthode**

Cette deuxième partie du mémoire porte sur les informations relatives aux caractéristiques des participantes, aux instruments de mesure utilisés, de même qu'au déroulement de l'étude. Certaines considérations éthiques seront également abordées.

### **Participants**

La gestionnaire d'une équipe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a pris l'initiative de solliciter le chercheur principal de la présente étude, Pascal Zenere, afin qu'un programme de pleine conscience soit délivré auprès de son équipe. Comme mentionné ci-dessus, celle-ci s'inquiétait d'observer de nombreux signes d'épuisement professionnel et de détresse psychologique au sein de son équipe en lien avec la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux ayant cours à l'époque (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2017). La présente étude a donc été menée avec pour mandat de répondre à cette problématique. Par ailleurs, la majorité des membres de l'équipe avait témoigné de l'intérêt pour la pratique de la pleine conscience en participant sur une base volontaire et informelle à cinq midis-méditations délivrés par Françoise Gendron en janvier 2016. Leur gestionnaire leur a donc offert de participer sur une base volontaire, à un programme de pleine conscience ainsi qu'au projet de recherche visant à l'évaluer. À cette fin, il a été proposé que les participantes soient rémunérées pour une heure et que l'autre heure s'inscrive en temps privé. Ainsi, l'ensemble des employées ( $n = 12$ ) ont entamé le programme, mais quatre ont abandonné très rapidement. Les quatre participantes ayant abandonné l'ont fait pour des raisons personnelles (surcharge de



travail, douleur physique chronique) ou liées au programme lui-même (exercices trop confrontants, sensation exprimée de ne pas apprendre). Une des participantes a également demandé à abandonner la recherche après avoir bénéficié du programme spécifiant qu'elle souhaitait que ses données soient détruites sans autre motif invoqué. L'échantillon final est donc composé de 7 participantes, toutes de sexe féminin, âgées entre 24 et 58 ans. Afin de préserver l'identité des participantes, il a été choisi de ne pas révéler plus d'information sociodémographique à leur sujet. Cette étude n'avait pas de critère d'exclusion.

### **Instruments de mesure**

Les instruments de mesure utilisés incluent deux questionnaires, le *FFMQ* et la *DASS-21*, et une grille d'auto-observation.

#### **Trait de pleine conscience**

Le *Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)* (voir Appendice B) (Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere, & Philippot, 2011) est un instrument de mesure évaluant le trait de pleine conscience. Ce questionnaire se compose de 39 items se répondant sur une échelle de Likert allant de *jamais ou très rarement vrai* (1) à *très souvent ou toujours vrai* (5). Ces items se répartissent en cinq sous-échelles : 1) *observation* (8 items; p. ex., « Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement. »), 2) *description de l'expérience* (8 items; p. ex., « Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments. »), 3) *action en pleine conscience* (8 items; p. ex., « Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je

suis facilement distrait(e). »), 4) *non-réactivité aux événements privés* (7 items; p. ex., « Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir. ») et 5) *non-jugement* (8 items; p. ex., « Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées. »). Les coefficients de cohérences internes originaux sont adéquats, tant pour le questionnaire complet ( $\alpha = 0,88$ ), que pour les sous-échelles (observation  $\alpha = 0,78$ , description de l'expérience  $\alpha = 0,88$ , action en pleine conscience  $\alpha = 0,89$ , non-réactivité aux événements privés  $\alpha = 0,76$ , non-jugement  $\alpha = 0,89$ ). Dans l'échantillon du mémoire, les coefficients de cohérence interne sont tous supérieurs à 0,71, à l'exception de la sous-échelle *action en pleine conscience* au prétest ( $\alpha = 0,57$ ) et de la sous-échelle *non-réactivité aux événements privés* au post-test ( $\alpha = 0,45$ ), ce qui est excellent considérant la taille de l'échantillon ( $n = 7$ ). Enfin, cette adaptation française du *FFMQ* montre une bonne validité. Les résultats des analyses factorielles validant la structure à cinq sous-échelles sont similaires à ceux de la version initiale anglaise (Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere, & Philippot, 2011).

### **Détresse psychologique**

L'échelle *Depression, anxiety, stress scale (DASS-21)* (voir Appendice B) est une échelle visant à évaluer la détresse psychologique à l'aide de trois indicateurs, soit la dépression, l'anxiété et le stress (Henry & Crawford, 2005). Cette échelle se compose de 21 items visant à évaluer l'intensité des symptômes vécus au cours des sept derniers jours se répond sur une échelle de Likert allant de *ne s'applique pas du tout à moi* (0) à *s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps* (3). Ces items se

répartissent en trois sous-échelles : 1) *dépression* (7 items; p. ex., « J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir ressentir d'émotion positive. »); 2) la sous-échelle *anxiété* (7 items; p. ex., « J'ai été conscient d'avoir la bouche sèche. »); et 3) la sous-échelle *stress* (7 items; p. ex., « J'ai trouvé difficile de décompresser. »). Les coefficients de cohérences internes originaux sont adéquats, tant pour l'échelle globale ( $\alpha = 0,93$ ), que pour les sous-échelles (dépression  $\alpha = 0,88$ , anxiété  $\alpha = 0,82$ , stress  $\alpha = 0,90$ ). Dans l'échantillon du mémoire, les alphas de Cronbach sont tous supérieurs à 0,82, à l'exception des sous-échelles *dépression* ( $\alpha = 0,21$ ) et *anxiété* ( $\alpha = 0,53$ ) en post-test. Selon Henry et Crawford (2005), la version anglaise de la *DASS-21* présente une bonne validité de convergence et de discrimination quand elle est comparée avec les autres outils validés mesurant l'anxiété et la dépression. À ce jour, la seule version française recensée est une adaptation de l'échelle pour la population de l'Île Maurice (Ramasawmy, 2015). Puisque cette population est peu représentative de la population québécoise, il a été choisi d'utiliser dans la présente étude une version traduite de la *DASS-21* anglophone<sup>1</sup>. Celle-ci est d'ailleurs largement utilisée en clinique auprès des populations francophones.

### Fréquence de la pratique

Une grille d'auto-observation a été élaborée afin que les participantes puissent noter quotidiennement leurs pratiques formelles ou informelles (voir appendice B). Initialement issue du programme *MBCT* (Segal et al., 2002), cette grille a été adaptée en permettant

---

<sup>1</sup> Cette traduction maison provient de l'équipe du Professeur Pierre Philippot de l'Université catholique de Louvain (UCL) en Belgique.

aux participantes de spécifier quels exercices ont été réalisés ou non et à quel moment de la journée ils ont été effectués. En outre, elle contient une colonne « commentaires » qui offre la possibilité aux participantes de préciser les raisons pour lesquelles elles ont pratiqué ou non, la qualité de leurs pratiques de pleine conscience, ainsi que tout autre commentaire qu'elles jugeront pertinent. Des légendes présentent les définitions d'une pratique formelle et informelle telles que décrites par les instructeurs et mentionnent le contenu attendu pour la partie commentaires. À cet effet, les définitions utilisées reposent sur des critères simples qui ne comportent aucune inférence pour éviter de solliciter la subjectivité des participantes lors de l'identification des items (Coutu, Provost, & Bowen, 1998). À la fin des huit semaines, la grille d'auto-observation a été recueillie et a permis la compilation du temps de pratique et des commentaires de chaque participante.

### **Déroulement**

Les participantes ont bénéficié du programme adapté par Dureux et al. (2016) inspiré du *MBCT* intégrant des éléments propres à la thérapie d'acceptation et d'engagement. Ce programme était composé d'ateliers de pratique de la pleine conscience. D'une durée de deux heures, ces ateliers ont été offerts une fois par semaine pendant huit semaines, à compter de septembre 2016, dans un local du CIUSSS de l'Estrie – CHUS adapté à la pratique de la pleine conscience. Chaque semaine, l'atelier dispensé portait sur un thème précis. Dans l'ordre, les thèmes abordés étaient : le pilote automatique, gérer les obstacles, conscience de la respiration, rester présent, permettre/lâcher prise, les pensées ne sont pas des faits, comment prendre soin de moi au mieux et utiliser ce qui a été appris pour gérer

les humeurs futures. Du matériel didactique a été proposé aux participantes afin de les soutenir dans leur pratique de la pleine conscience. Ce matériel était accessible dans un *Dropbox* et incluait un document portant sur le *MBCT* et des fichiers audios de méditations guidées.

Les ateliers ont été dispensés en coanimation, par la Dre Françoise Gendron, médecin-conseil à la direction de santé publique de l'Estrée aux programmes de prévention et par M. Pascal Zenere, praticien-chercheur et psychologue en pratique privée, au Groupe de médecine universitaire (GMF-U) et au suivi adulte des services psychosociaux généraux du CIUSSS de l'Estrée – CHUS. La Dre Françoise Gendron est dûment formée en tant qu'institutrice *MBSR* et M. Pascal Zenere est dûment formé en tant qu'instructeur *MBCT*, ainsi qu'à la thérapie d'acceptation et d'engagement.

Au cours de ce programme de huit semaines et en plus des ateliers hebdomadaires d'une durée de deux heures chacun, les instructeurs ont suggéré aux participantes de pratiquer la pleine conscience de façon formelle ou informelle, à raison de 30 minutes par jour pendant leur temps libre sur l'heure du dîner et de 3 minutes trois fois par jour, notamment avant de quitter le travail. À cet effet, les participantes ont été invitées à remplir une grille d'auto-observation pour consigner ces différentes pratiques, ce qui a permis d'établir la fréquence de leur pratique et de recueillir leurs commentaires. Afin d'évaluer les effets du programme de pleine conscience, une assistante de recherche extérieure à

l'équipe a administré deux questionnaires papier, le *FFMQ* et la *DASS-21*, à chaque participante, avant et après le programme de pleine conscience.

### **Considérations éthiques**

Dans le cadre du présent projet, plusieurs considérations éthiques ont été prises en compte. Le projet a d'ailleurs été soumis et accepté par le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Le certificat d'éthique est présenté à l'Appendice C.

Une attention particulière a été portée pour l'obtention d'un consentement libre et éclairé de la part des participantes. Ainsi, lors du recrutement des participantes, il a été vérifié que les employées aient l'entière liberté (sans aucun préjudice) de refuser l'offre de participation que leur a fait parvenir leur gestionnaire. Par la suite, une assistante de recherche a pris contact avec les participantes afin de lire individuellement avec elles le formulaire d'information et de consentement (voir Appendice A). Celui-ci détaille les objectifs de l'étude, son déroulement, les risques ou inconvénients, ainsi que ses avantages. À cette occasion, il a été précisé à chaque participante que leur participation au programme était volontaire et qu'elles demeuraient libres à tout moment d'y mettre fin, sans avoir à motiver leur décision et sans préjudice pour elles-mêmes ou autrui.

Afin de garantir la confidentialité des données, le nom des participantes, ainsi que toutes informations permettant de les identifier ont été retirées des questionnaires. À cet effet, des codes ont été utilisés pour identifier les questionnaires et seuls les membres de

l'équipe de recherche pourraient être en mesure de faire l'appariement entre le matériel codé et l'identité des répondantes. Les questionnaires sont conservés de façon sécuritaire pour une période de cinq ans. Ils seront détruits au terme de cette période.

## **Analyses et résultats**



Conformément aux objectifs de l'étude, cette troisième partie du mémoire a pour but d'établir, au moyen des résultats d'analyses statistiques, l'effet du programme *MBCT* sur le trait de pleine conscience et sur le niveau de détresse psychologique, en plus de vérifier la présence d'un lien entre le temps de pratique de la pleine conscience des participantes et les effets obtenus. Dans cette optique, les analyses sont présentées en deux sections, soit les analyses préliminaires et les analyses principales. D'abord, les analyses préliminaires visent à décrire les caractéristiques de l'échantillon (normalité des données, détermination des tests à appliquer). Ensuite, les analyses principales visent à vérifier les cinq hypothèses de cette recherche seront exposées. L'ensemble des analyses statistiques a été mené avec le logiciel SPSS version 22,0.

### **Analyses préliminaires**

Des statistiques descriptives ont été appliquées sur l'ensemble des variables à l'étude et sont présentées à l'Appendice D. Le test de normalité Shapiro-Wilk indique que 21 des 24 variables atteignent la normalité ( $p > 0,05$ ) et les diagrammes boîte à moustaches ont été vérifiés pour détecter la présence de valeurs extrêmes (Field, 2013). Les variables qui n'atteignent pas la normalité ou qui présentent des valeurs extrêmes sont les variables *dépression* (asymétrie de 1,90; aplatissement de 3,54) et *anxiété* au prétest (asymétrie de 2,10; aplatissement de 4,72; une valeur extrême), ainsi que la variable score total de la *DASS-21* au prétest (asymétrie de 2,32; aplatissement de 5,73; une valeur extrême). Il importe de préciser qu'avec un échantillon aussi restreint ( $n = 7$ ), les résultats des tests de

Shapiro-Wilk pourraient être biaisés. Il est donc possible que malgré les résultats obtenus, certaines données n'atteignent pas la normalité. Cette considération appuie le choix d'utiliser des analyses statistiques non paramétriques. En effet, ce type d'analyse permet de traiter des données n'atteignant pas la normalité ou présentant des valeurs extrêmes (Field, 2013).

### **Analyses principales**

Dans le but de mesurer les effets du programme, des tests de Wilcoxon ont servi à vérifier les deux premières hypothèses, soit : 1) au terme du programme *MBCT* de huit semaines, il y aura une augmentation des scores de pleine conscience, mesurés par le *FFMQ*; 2) au terme du programme *MBCT* de huit semaines, il y aura une diminution des scores de détresse psychologique, mesurés par la *DASS-21*. Le test de Wilcoxon est un test non paramétrique permettant d'évaluer les différences de moyennes entre deux échantillons appariés et n'ayant pas de postulats relatifs à la normalité de la distribution (Field, 2013). Par la suite, des corrélations de Spearman (tests de signification unilatéraux) ont été utilisées pour vérifier les trois autres hypothèses, soit : 3) un lien positif sera observé entre le temps de pratique de la pleine conscience des participantes et les scores de pleine conscience, mesurés par le *FFMQ*; 4) un lien négatif sera observé entre le temps de pratique de la pleine conscience des participantes et les scores de détresse psychologiques, mesurés par la *DASS-21*; 5) un lien négatif sera observé entre les scores de pleine conscience, mesurés par le *FFMQ* et les scores de détresse psychologique, mesurés par la *DASS-21*.

Concernant l'hypothèse 1, une différence statistiquement significative est obtenue pour la *non-réactivité aux événements privés* ( $Z = -2,38, p = 0,009$ ). Le score des participantes à cette sous-échelle du *FFMQ* est donc significativement plus élevé en post-test ( $Md = 22,00; Q = 1,00$ ) qu'en prétest ( $Md = 18,00; Q = 2,00$ ). Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée sur le plan du score total du *FFMQ* ( $Z = -1,36, p = 0,088$ ), ou des scores relatifs à l'*observation* ( $Z = -0,11, p = 0,458$ ), à la *description de l'expérience* ( $Z = -0,68, p = 0,249$ ), à l'*action en pleine conscience* ( $Z = -0,68, p = 0,249$ ) et au *non-jugement* ( $Z = -0,74, p = 0,231$ ). Malgré l'absence de différence statistiquement significative, une augmentation des scores médians est observée pour le score total du *FFMQ* (prétest :  $Md = 127,00; Q = 6,50$ ) (post test :  $Md = 137,00; Q = 8,50$ ), pour l'*action en pleine conscience* (prétest :  $Md = 24,00; Q = 1,50$ ) (post test :  $Md = 26,00; Q = 3,50$ ) et pour le *non-jugement* (prétest :  $Md = 25,00; Q = 6,00$ ) (post test :  $Md = 28,00; Q = 4,50$ ). L'hypothèse est donc seulement vérifiée pour la sous-échelle *non-réactivité aux événements privés* (voir Appendice D).

En ce qui a trait à l'hypothèse 2, les tests de Wilcoxon ont montré une différence statistiquement significative sur le plan du score total de la *DASS-21* ( $Z = -1,78, p = 0,038$ ) et du *stress* ( $Z = -1,80, p = 0,036$ ). Les scores des participantes pour le score total de la *DASS-21* sont donc significativement plus faibles en post-test ( $Md = 14,00; Q = 9,00$ ) qu'en prétest ( $Md = 22,00; Q = 7,00$ ). Il en va de même pour les scores obtenus à la sous-échelle *stress* de la *DASS-21* qui sont significativement plus faibles en post-test ( $Md = 8,00; Q = 7,00$ ) qu'en prétest ( $Md = 12,00; Q = 5,00$ ). Aucune différence

statistiquement significative n'a été détectée sur le plan des scores relatifs à la *dépression* ( $Z = -0,95, p = 0,170$ ) et à l'*anxiété* ( $Z = -1,29, p = 0,099$ ). Malgré l'absence de différence statistiquement significative, les scores médians de *dépression* sont moins élevés en post-test ( $Md = 2,00; Q = 2,00$ ), qu'en prétest ( $Md = 4,00; Q = 6,00$ ). L'hypothèse 2 se trouve donc partiellement confirmée (voir Appendice D).

Concernant les hypothèses 3 et 4, aucun lien n'est observé entre le temps de pratique des participantes et le trait de pleine conscience, de même qu'entre le temps de pratique des participantes et la détresse psychologique, et ce, tant au prétest qu'au post-test (voir Tableaux 1 et 2). Ces deux hypothèses se trouvent donc infirmées.

Tableau 1

*Corrélations de Spearman prétest*

	Temps de pratique (minutes)	DASS total	Dépression	Anxiété	Stress
Temps de pratique (minutes)	1,00	-0,49	-0,60	-0,14	-0,43
<i>Five facets Mindfulness questionnaire</i>	0,49	-0,39	-0,76*	0,21	-0,34
Observation	-0,06	0,50	-0,29	0,72*	0,49
Description de l'expérience	-0,07	0,52	-0,41	0,87**	0,56
Action en pleine conscience	0,11	0,57	-0,55	0,49	0,59
Non-réactivité aux événements privés	0,16	-0,05	-0,73*	0,28	0,00
Non-jugement	0,36	-0,98***	-0,22	-0,78*	-0,96***

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$ . (unilatéral)

Tableau 2

*Corrélations de Spearman post-test*

	Temps de pratique (minutes)	DASS total	Dépression	Anxiété	Stress
Temps de pratique (minutes)	1,00	-0,29	0,53	-0,49	-0,32
<i>Five facets Mindfulness questionnaire</i>	0,21	-0,27	-0,23	-0,56	0,07
Observation	-0,11	0,63	0,07	0,43	0,66
Description de l'expérience	0,46	0,46	0,21	0,09	0,54
Action en pleine conscience	0,31	-0,18	0,12	-0,42	0,16
Non-réactivité aux événements privés	-0,04	-0,64	0,00	-0,58	-0,39
Non-jugement	0,23	-0,96***	-0,23	-0,93**	-0,79*

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$ . (unilatéral)

Concernant l'hypothèse 5, l'ensemble des corrélations de Spearman est résumé dans les Tableaux 1 et 2. Plusieurs corrélations statistiquement significatives sont trouvées entre le trait de pleine conscience des participantes et leur niveau de détresse psychologique. Au prétest, il est possible d'observer un lien négatif entre le score total du *FFMQ* et la sous-échelle *dépression* de la *DASS-21* ( $r_s(5) = -0,76, p = 0,023$ ). De plus, la sous-échelle *non-jugement* du *FFQM* est corrélée négativement avec le score total de la *DASS-21* ( $r_s(5) = -0,98, p < 0,001$ ), avec la sous-échelle *anxiété* de la *DASS-21* ( $r_s(5) = -0,78, p = 0,020$ ), de même qu'avec la sous-échelle *stress* de la *DASS-21* ( $r_s(5) = -0,96, p < 0,001$ ). Un lien négatif est également obtenu entre la sous-échelle *non-réactivité aux événements privés* du *FFMQ* et la sous échelle *dépression* de la *DASS-21* ( $r_s(5) = -0,73, p = 0,030$ ). Cependant, l'obtention d'un lien positif entre la sous-échelle *observation* du

*FFMQ* et la sous-échelle *anxiété* de la *DASS-21* ( $r_s(5) = 0,72, p = 0,035$ ) reste plus surprenant et va dans le sens contraire de l'hypothèse. Le même phénomène est observé concernant le lien entre la sous-échelle *description de l'expérience* du *FFMQ* et la sous-échelle *anxiété* de la *DASS-21* au prétest ( $r_s(5) = 0,87, p = 0,005$ ).

En ce qui a trait aux corrélations obtenues au post-test, des liens négatifs sont observés entre la sous-échelle *non-jugement* du *FFMQ* et le score total de la *DASS-21* ( $r_s(5) = -0,96, p < 0,001$ ), la sous-échelle *anxiété* de la *DASS-21* ( $r_s(5) = -0,93, p = 0,001$ ), ainsi qu'avec la sous-échelle *stress* de la *DASS-21* ( $r_s(5) = -0,79, p = 0,017$ ). Considérant ces résultats, l'hypothèse 5 obtient un certain appui.

## **Discussion**

Dans cette dernière partie du mémoire, les résultats des cinq hypothèses de l'étude sont discutés à la lumière de considérations théoriques, statistiques et contextuelles. Il sera aussi question des limites de l'étude, des retombées de l'étude et des pistes de recherches futures.

### **Trait de pleine conscience**

La première hypothèse de l'étude postulait qu'au terme du programme *MBCT*, il y aurait une augmentation des scores de pleine conscience. Cette hypothèse se trouve partiellement confirmée avec une augmentation statistiquement significative de la *non-réactivité aux événements privés*. Bien qu'il ne soit pas possible dans la présente étude d'écarter l'hypothèse que le *MBCT* n'ait pas eu l'effet escompté, il est aussi possible de supposer que des différences statistiquement significatives auraient pu être détectées en présence d'un plus grand échantillon (Field, 2013). Cette dernière supposition est appuyée par les résultats d'autres études. En effet, Böge, Mouthaan et Krause-Utz (2019) ont obtenu, dans un échantillon de 58 participants, des résultats indiquant une augmentation significative des scores de pleine conscience aux cinq sous-échelles de la *FFMQ* après un entraînement à la pleine conscience d'une durée de sept semaines. De même, Liu et al. (2015) ont obtenu des résultats montrant une augmentation significative des scores de pleine conscience aux cinq sous-échelles de la *FFMQ* après avoir offert un entraînement à la pleine conscience basée sur le *MBCT* dans un échantillon de 65 participants.



La sous-échelle *non-réactivité aux événements privés*, seule sous-échelle montrant une différence statistiquement significative dans la présente étude, mesure spécifiquement la capacité de laisser passer les pensées et les émotions, sans se laisser entraîner, processus que certains nomment défusion (Heeren et al., 2011). Lorsqu'ils abordent ce processus, Grégoire et al. (2016b) expliquent que la méditation aide à se distancer des émotions difficiles pouvant être vécues dans le cadre de son travail. La défusion permet donc de laisser aller les événements privés qui causent de la détresse, de les voir comme des activités mentales passagères (Hayes et al., 2011). Les résultats obtenus indiquent que les participantes de l'étude ont misé davantage sur la *non-réactivité aux événements privés*, possiblement en réaction au contexte de travail difficile qu'elles devaient affronter au moment de l'étude.

Par ailleurs, malgré l'absence de différences statistiquement significatives, le *trait de pleine conscience*, l'*action en pleine conscience* et le *non-jugement* montrent tous une augmentation en post-test, suggérant l'apprentissage de l'habileté de pleine conscience. L'absence de différence statistiquement significative pour les sous-échelles *observation* et *description de l'expérience* peut être mise en lien avec certains résultats observés à l'hypothèse 5. Ils seront discutés lorsque celle-ci sera abordée.

### **Détresse psychologique**

Concernant l'hypothèse 2, celle-ci avançait qu'il y aurait une diminution des scores de détresse psychologique après le programme *MBCT*. Les résultats obtenus vont

généralement dans le sens attendu et donnent un appui partiel à cette hypothèse. En effet, il a été possible d'observer une diminution statistiquement significative du score total de détresse psychologique et du niveau de *stress*. Par ailleurs, les niveaux d'*anxiété* et de *dépression* montrent également une diminution, bien que celle-ci ne soit pas statistiquement significative (voir Appendice D). Il est possible que ces résultats aient été statistiquement significatifs avec un échantillon de plus grande taille (Field, 2013).

Pour tenter de comprendre ces résultats, il est important de revenir sur les éléments mesurés par les sous-échelles de la *DASS-21*. Globalement, la sous-échelle *anxiété* mesure l'activation physiologique, la sous-échelle *dépression* mesure l'absence d'affects positifs et la sous-échelle *stress* mesure la présence d'affects négatifs (Brown, Chorpita, Korotitsch, & Barlow, 1997). Ainsi, le programme *MBCT* proposé aux participantes aurait permis de diminuer de leurs affects négatifs (diminution significative de la sous-échelle *stress*), mais n'aurait pas permis d'observer de changements significatifs sur leur niveau de leur activation physiologique, mesuré par la sous-échelle *anxiété*, ou sur le plan de leurs affects positifs, mesurés par la sous-échelle *dépression*.

Il est possible de voir certains liens entre ces résultats et les cinq processus d'action de la pleine conscience proposés par Heeren et Philippot (2010) : l'*exposition*, les *changements cognitifs*, l'*acceptation*, la *gestion de soi* et la *relaxation*. Les processus d'*exposition* et d'*acceptation* permettraient tous deux une diminution de l'intensité émotionnelle et le développement d'une meilleure tolérance des affects négatifs (Baer,

2003; Barlow & Craske, 2000). Le processus de *changement cognitif* permettrait quant à lui de diminuer la rumination mentale (Heeren & Philippot, 2010), ce qui diminuerait les pensées négatives susceptibles de générer des affects négatifs. Ce processus permettrait également de diminuer les symptômes anxieux et dépressifs. En bref, ces trois processus d'actions semblent permettre une diminution des affects négatifs. Tel que mentionné ci-dessus, la sous-échelle *stress* de la *DASS-21* mesure la présence d'affects négatifs. La diminution observée à cette sous-échelle pourrait donc être attribuable aux bénéfices que les participantes auraient retirés des processus d'*exposition*, d'*acceptation* et de *changements cognitifs*.

Le quatrième processus d'action, la *gestion de soi*, amènerait une observation de soi permettant de mieux faire face à la détresse psychologique en en détectant les signes avant-coureurs et d'envisager des comportements alternatifs aux comportements habituels (Heeren & Philippot, 2010). Ceci expliquerait la diminution significative du score global de détresse psychologique des participantes. Celles-ci auraient développé une meilleure gestion d'elles-mêmes leur permettant de mieux composer avec la détresse vécue, ce qui aurait permis de la diminuer.

Le cinquième processus d'action, la *relaxation*, semble être le seul processus pouvant être relié à la diminution de l'activation physiologique, telle que mesurée par la sous-échelle *anxiété* de la *DASS-21*. Toutefois, ce processus d'action est le moins détaillé du modèle et relèverait plutôt d'un effet secondaire engendré par la pratique de la pleine

conscience (Heeren & Philippot, 2010). L'absence de changement significatif de cette sous-échelle semble donc cohérente avec la faible importance de ce processus d'action.

Heeren et Philippot (2010) ont dégagé deux principes actifs des cinq processus d'action présentés ci-dessus : 1) la modification du niveau de traitement de l'information; et 2) le contrôle attentionnel. Le premier principe, la modification du niveau de traitement de l'information, permettrait de passer d'un niveau de pensée abstrait et général à un niveau de pensée spécifique, ce qui devrait réduire la présence de pensées ruminatives susceptibles de diminuer le niveau d'affects positifs. Le deuxième principe, le contrôle attentionnel, permet plutôt de réorienter l'attention vers des éléments neutres ou positifs, ce qui pourrait augmenter le niveau d'affects positifs. Le développement, par la pratique de pleine conscience, des compétences soutenant ces deux principes devrait normalement augmenter le niveau d'affects positifs, en plus de diminuer le niveau d'affects négatifs. Tel que mentionné ci-dessus, la sous-échelle *dépression* de la *DASS-21* mesure l'absence d'affects positifs. Les résultats obtenus à cette sous-échelle indiquent qu'il n'y a pas de différence significative sur ce plan. Il semble donc que, dans la présente étude, les effets du programme *MBCT* sur le niveau d'affects positifs aient été négligeables.

Une autre piste d'explication est proposée pour comprendre les résultats obtenus aux sous-échelles *anxiété* et *dépression*. Les résultats de ces sous-échelles pourraient avoir été influencés par le type de stratégies de *coping* utilisées par les participantes. En effet, certaines d'entre elles utilisaient des stratégies d'évitement durant les séances de

méditation (p. ex., intellectualisation de leur vécu durant les ateliers). Quelques-unes ont d'ailleurs choisi de quitter le programme, affirmant que celui-ci était trop confrontant pour elles, ce qui peut être considéré comme une forme d'évitement. Ce type de stratégie de *coping* est lié à la présence de symptômes dépressifs et anxieux (Lee, Dickson, Conley, & Holmbeck, 2014; Holahan, Moos, Holahan, Brennan, & Schutte, 2005; Spinhoven, Van Hemert, & Penninx, 2017). Ainsi, l'absence de signification obtenue à ces sous-échelles pourrait être en partie attribuable au fait que les stratégies d'évitement utilisées par les participantes pourraient avoir maintenu chez elles certains symptômes.

### **Temps de pratique**

L'hypothèse 3, qui prédisait un lien positif entre le temps de pratique des participantes et leur trait de pleine conscience, se trouve infirmée. L'hypothèse 4 qui prédisait un lien négatif entre le temps de pratique des participantes et leur niveau de détresse psychologique se trouve aussi infirmée. Ainsi, dans la présente étude, il ne semble pas y avoir de lien entre le temps de pratique des participantes et certains effets visés du programme *MBCT*. Cette absence de liens statistiquement significatifs pourrait être due au fait que les participantes ont presque toutes rapporté avoir effectué peu de temps de pratique de pleine conscience dans leur grille d'auto-observation. En effet, la moyenne du temps de pratique rapporté est de 609,70 minutes ( $\acute{E}T = 328,04$ ) pour les huit semaines du programme, ce qui donne 1h15 par semaine, alors que le temps de pratique recommandé était de 2184,00 minutes, soit près de 5 heures par semaine. Or, plusieurs études concluent que la durée des sessions de méditation pourrait faire augmenter le score de pleine

conscience, et que la durée et la fréquence de pratique de la méditation augmentent de façon significative le bien-être, les affects et les émotions positives et le degré d'attention des participants (Cigolla & Brown, 2011; Keune & Forintos, 2010).

Parmi les raisons expliquant ce manque d'assiduité, les participantes ont indiqué manquer de temps, avoir de la difficulté à se concentrer et avoir de la difficulté à utiliser le matériel didactique proposé (p. ex., enregistrement audio, accès à *Dropbox*). Comme mentionné précédemment, la présente étude a été menée dans un contexte où le Ministère de la Santé et de Services sociaux du Québec demandait aux CIUSSS de mettre en place des changements organisationnels majeurs. Lors de ces changements, les employées de cette équipe, qui étaient en compétition pour de nouveaux postes, ont pu sentir que l'avenir de leur emploi était en danger. Selon Oreg (2006), un danger perçu par rapport à sa sécurité d'emploi peut amener les employés à être résistants à un changement organisationnel. Cette résistance au changement a pu aussi être vécue par rapport au programme *MBCT* proposé par leur gestionnaire. En effet, puisque ce programme a été proposé aux employées par leur gestionnaire, il a pu être perçu comme étant un changement organisationnel supplémentaire. Cette résistance au changement pourrait expliquer en partie le peu d'heures de pratique effectué à l'extérieur des ateliers de pleine conscience.

Sur le plan statistique, le fait que le temps de pratique soit peu élevé pour presque toutes les participantes amène peu de variabilité dans les résultats. Cette homogénéité des résultats amène des coefficients de corrélations plus faibles que ce qui pourrait être

retrouvé dans un groupe plus hétérogène (Hogan, 2015). Cet état des faits jumelé à la faible taille d'échantillon pourrait expliquer l'absence de signification observée (Field, 2013). Il sera donc nécessaire d'étudier le lien entre le temps de pratique et les effets attendus du *MBCT* dans un échantillon plus grand et présentant une plus grande variabilité sur le plan des résultats.

### **Trait de pleine conscience et détresse psychologique**

Enfin, l'hypothèse 5 qui prédisait des liens négatifs entre le trait de pleine conscience et la détresse psychologique obtient un certain appui. En effet, plusieurs liens négatifs statistiquement significatifs sont observés entre ces variables, tant au prétest qu'au post-test. Ceci indique qu'en général, plus le trait de pleine conscience des participantes est élevé, moins elles vivent de détresse psychologique et qu'inversement, plus le trait de pleine conscience des participantes est faible, plus elles vivent de détresse psychologique. Ces résultats peuvent être reliés à ceux d'autres études dans lesquels des liens négatifs sont observés entre le trait de pleine conscience et les scores de détresses psychologiques (Bowlin & Baer 2012; Omid, Mohammadi, Jalaeikhoo, & Taghva, 2017; Pidgeon, Lacota, & Champion, 2013).

De façon plus surprenante, des liens positifs ont été trouvés au prétest, mais pas au post-test, entre l'*observation*, la *description de l'expérience* et l'*anxiété*. Ainsi, avant le programme *MBCT*, plus les participantes présentaient ces traits de pleine conscience, plus elles manifestaient des symptômes d'anxiété. Concernant l'*observation*, il faut savoir que

cette échelle mesure le fait d'assister à ses événements internes et externes (Heeren et al., 2011), ce qui n'empêche pas que le contenu des événements internes inclue une expérience d'anxiété. Il est possible que les participantes de l'étude aient présenté de l'anxiété liée au contexte de réorganisation de leur milieu de travail (Goltz, 2018), tout en ayant une certaine capacité à l'observation, ce qui se reflète dans les résultats obtenus. Par ailleurs, le fait d'identifier par une étiquette verbale ses événements internes (*description de l'expérience*), sans avoir la possibilité de les traiter sans jugement ou de s'en détacher, comme c'était le cas avant que les participantes aient accès au programme *MBCT*, peut faire partie d'un mode de pensée ruminatif (Heeren et al., 2011). Ce mode de pensée amène l'individu à réfléchir attentivement, de façon répétitive ou fréquente à propos de lui-même ou de son monde (Douilliez et al., 2012; Segerstrom, Stanton, Alden, & Shortridge, 2003; Watkins, 2008). La rumination étant liée à un haut niveau d'anxiété et d'affects négatifs (Heeren & Philippot, 2010; Segerstrom et al., 2003), cela expliquerait les liens positifs obtenus avec l'*anxiété*.

Enfin, il est possible d'utiliser les pistes d'explications présentées ci-dessus pour mieux comprendre certains résultats obtenus à l'hypothèse 1, soit l'absence de différence statistiquement significative pour l'*observation* et la *description de l'expérience*. L'*observation* (assister à ses événements internes et externes) et la *description de l'expérience* (identifier par une étiquette verbale ses expériences internes) (Heeren et al., 2011) sont deux concepts similaires à la rumination (penser attentivement, de façon répétitive ou fréquente à propos de soi ou de son monde [Douilliez et al., 2012; Segerstrom



et al., 2003; Watkins, 2008]). Les participantes n'ont peut-être pas bien saisi la distinction entre observer ou décrire son expérience et ruminer. Cette supposition est d'autant plus plausible, que les instructeurs responsables des ateliers coanimaient pour la première fois. En ayant deux manières différentes d'expliquer, les instructeurs ont pu induire de la confusion chez les participantes, les amenant possiblement à confondre la rumination et l'*observation* ou la *description de l'expérience*. Ceci expliquerait l'absence de différence statistiquement significative pour ces deux sous-échelles. Pour éviter cette situation lors de futures recherches, il sera important de s'assurer que les instructeurs aient l'habitude de coanimer, ou encore qu'il n'y ait qu'un seul instructeur.

En résumé, certaines tendances ont pu être observées dans les résultats. De façon générale, au terme du programme *MBCT*, le trait de pleine conscience des participantes présente une augmentation. De plus, la détresse psychologique des participantes a globalement diminué après le programme. Cependant, contrairement à ce qui était attendu, il n'a pas été possible de trouver un lien entre le temps de pratique des participantes et leur trait de pleine conscience ni entre leur temps de pratique et leur niveau de détresse psychologique. Ces derniers résultats seraient attribuables au manque d'assiduité des participantes dans leur pratique. Ils pourraient également en partie être imputables à la faible taille de l'échantillon. Enfin, chez les participantes, un trait de pleine conscience élevé est généralement lié à un faible niveau de détresse psychologique. Ainsi, trois des cinq hypothèses proposées dans la présente étude obtiennent un appui.

### Limites

Dans l'optique de permettre une analyse éclairée des résultats, certaines limites doivent être abordées. D'abord, la taille d'échantillon constitue une limite majeure. La présente étude a connu un taux d'attrition de 41,67 %, ce qui est largement supérieur au taux d'attrition moyen observé dans les études portant sur la pleine conscience qui est de 21,00 % (Grégoire et al., 2016c). L'échantillon de la présente étude étant très restreint, cela réduit la possibilité de détecter correctement tous les effets attendus du programme (Field, 2013). À titre d'exemple, un échantillon de sept participants permet seulement de détecter de très grands effets, soit une corrélation de 0,74 (0,50 représentant une forte corrélation) (Cohen, 1992). Ainsi, dans ce mémoire, l'absence de signification d'un résultat pourrait s'expliquer par un manque de puissance statistique, plutôt que par une absence d'effet du programme. Toutefois, il n'est pas possible d'exclure que le programme *MBCT* n'ait simplement pas les effets attendus. En outre, un petit échantillon amène également un manque de précision et un manque de représentativité des données (Field, 2013).

De plus, la présente étude a été menée dans un contexte particulier, ce qui a pu influencer en partie les résultats. D'abord, le fait que le présent programme soit en cours de validation représente en soi une limite, les résultats prévus ayant peu de données à l'appui au moment de la mise en place du programme. Aussi, le recrutement a été fait par l'entremise de la gestionnaire, sans que le chercheur principal ait pu présenter directement le détail de son programme aux participantes. Il est donc possible que les participantes

aient été motivées de façon plutôt extrinsèque à participer au programme (p. ex., désir d'accéder à une promotion, peur de mal paraître devant la gestionnaire) (Deci & Ryan, 2002). De plus, le faible nombre d'heures de pratique de méditation rapporté par les participantes amène à croire qu'elles étaient sous-engagées dans le programme *MBCT*. Ces éléments apparaissent cohérents avec une étude de Brault-Labbé et al. (2018) qui a montré un lien entre la motivation extrinsèque et le sous-engagement dans un contexte scolaire. En outre, la motivation extrinsèque et le sous-engagement sont liés à des conséquences négatives pour le bien-être, comme une fréquence plus élevée d'affects négatifs et de symptômes liés au stress et à l'anxiété (Brault-Labbé & Dubé, 2008). Il est donc possible que le type de motivation et le type d'engagement des participantes aient pu biaiser les résultats obtenus dans la présente étude (niveau de détresse psychologique, temps de pratique, etc.). Ceci reste une supposition, il serait nécessaire de mesurer l'engagement et la motivation des participantes pour voir si cette hypothèse est avérée.

Par ailleurs, le programme *MBCT* évalué a été mis en place parce que la gestionnaire percevait chez les membres de son équipe des signes d'épuisement professionnel liés à la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux ayant cours à l'époque (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2017). En plus de présenter des signes de détresse psychologique et d'être confrontés à un contexte de réorganisation, les membres de cette équipe étaient en compétition pour l'obtention de nouveaux postes. Ainsi, les participantes ont dû faire face à plusieurs stressseurs tout au long de l'étude. En se basant sur le modèle du stress *C.I.N.É.* (Lupien, 2010), il est possible de constater que

tous les facteurs étaient réunis pour déclencher une réponse de stress chez les participantes : un *faible sentiment de contrôle* et de *l'imprévisibilité* due à la réorganisation institutionnelle en cours, la *nouveauté* du programme de pleine conscience, ainsi que de possibles *menaces à l'égo*, tel que conceptualisé par Lupien (2010), dues au fait de devoir s'exposer à du contenu personnel parfois difficile devant leurs collègues (Baer, 2003). De surcroît, l'utilisation de mécanismes d'évitement durant les séances de méditation est un indicateur laissant croire que les participantes y vivaient du stress (Holahan et al., 2005). Cette réponse de stress a pu constituer un autre facteur parasite dans la recherche.

Outre ces considérations, les biais de présentation de soi représentent une autre limite aux données collectées. Grégoire et De Mondehare (2016) soulignent que les résultats issus de questionnaires mesurant la présence attentive sont parfois sujets à des problèmes de désirabilité sociale. Ce phénomène amène les individus à se conformer, dans leurs réponses ou leurs comportements, à une attitude jugée plus conforme aux normes sociales, même si ces réactions ne reflètent pas leur comportement habituel ou leur conviction (Paulhus, 1986). Les participantes de la présente recherche pourraient donc avoir tenté de présenter une image positive d'elles-mêmes, d'autant plus qu'au moment de l'étude, il était dans leur intérêt de bien paraître, puisqu'elles se trouvaient en compétition pour l'obtention de nouveaux postes qui s'ouvriraient au sein de leur unité de travail. Un autre biais à considérer est la gestion défavorable des impressions. Ce biais amène les individus à donner une image peu flatteuse d'eux-mêmes (Hogan, 2015). Dans la présente étude, il

est aussi possible que les participantes aient rapporté plus de symptômes de détresse psychologique que ce qu'elles vivaient réellement, tentant ainsi d'exprimer la détresse qu'elles vivaient en lien avec les conditions organisationnelles difficiles dans lesquelles elles se trouvaient à ce moment.

Afin de diminuer ces biais, l'assistante de recherche n'était pas connue des participantes, les instructeurs n'étaient pas collègues des participantes et ces dernières ont été rassurées sur la confidentialité des données recueillies (Baer, 2011). Malgré ces précautions, plusieurs éléments contextuels ont pu amener les participantes à modifier leurs réponses (crainte de stigmatisation si les résultats étaient présentés lors de la journée de la recherche en première ligne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, désir de plaire aux instructeurs, besoin de performer pour obtenir une promotion, résistance au changement, tentative pour communiquer la détresse vécue). À ce sujet, une étude de Juhel et Rouxel (2005) indique qu'en situation d'évaluation les participants sont susceptibles de répondre de façon automatique par des modèles de réponses déjà appris et socialement adaptés. Il n'est donc pas possible d'exclure la possibilité que les participantes aient modifié leurs réponses (p. ex., minimiser ou augmenter les symptômes de détresse psychologique, rapporter plus de temps de pratique que le temps réel), biaisant ainsi les données. Pour cette raison, il sera pertinent lors de futures études de contrôler les biais de présentation par l'utilisation de questionnaires, tel qu'un questionnaire de désirabilité sociale (Paulhus, 1991).

### **Retombées du mémoire**

Le présent mémoire est l'un des premiers tentant d'évaluer les effets d'un programme de pleine conscience auprès d'employés du système de santé et des services sociaux québécois. Plusieurs des résultats obtenus corroborent les résultats d'études antérieures appuyant ainsi l'effet bénéfique de la mise en place d'un programme de pleine conscience en milieu organisationnel. En effet, considérant les résultats obtenus, il semble que la présente étude a été importante sur le plan des répercussions bénéfiques dans la vie des employées y ayant participé. De plus, elle a permis de récolter des données empiriques sur le programme *MBCT* ici proposé, constituant un pas de plus dans sa validation empirique.

Cette étude a permis d'obtenir des données supplémentaires sur l'efficacité du *MBCT* en milieu de travail. L'ajout de données concernant l'efficacité de ce programme, de même que les nuances amenées par les résultats de la présente étude pourront servir de base à l'implantation de programme de pleine conscience dans les milieux de travail québécois. Le programme *MBCT* évalué semble être un programme efficace pour réduire la détresse psychologique vécue par les employés. En effet, malgré le fait que tous les résultats obtenus ne soient pas statistiquement significatifs, les participantes de l'étude ont montré une certaine diminution de leur détresse psychologique et une augmentation partielle de leur trait de pleine conscience (le trait de pleine conscience jouant un rôle de prédicteur par rapport à la santé psychologique [Grégoire et al., 2016c]). Toutefois, les effets de ce programme semblent dépendre du contexte dans lequel celui-ci est implanté.

Ainsi, avant de suggérer l'implantation de cette intervention en contexte organisationnel, il importe de bien évaluer le contexte dans lequel ce programme sera implanté.

Par ailleurs, ce mémoire pourra servir de base de réflexion pour les chercheurs souhaitant étudier des variables dans les institutions gouvernementales québécoises. En effet, les nombreuses limites répertoriées permettront de planifier les futurs devis de recherche avec une meilleure connaissance des défis que comporte ce type de milieu. À cet effet, il est possible d'émettre certaines recommandations. D'abord, il est important que l'étude soit proposée aux participants directement par le chercheur principal, et non par leur gestionnaire. En effet, la présente étude ayant été proposée par la gestionnaire, il est possible que les participantes se soient senties dans l'obligation de participer en plus de ne pas avoir d'espace pour poser des questions avant d'être mis en contact avec l'assistante de recherche. De plus, afin d'éviter divers biais, il vaudrait mieux éviter de conduire ce genre d'étude durant des périodes d'instabilité (p. ex., réorganisation du milieu de travail, compétition pour de nouveaux postes). Enfin, puisque le taux d'attrition des études sur la pleine conscience est en moyenne de 21 % (Grégoire et al., 2016c), il est recommandé de prévoir un grand échantillon, afin d'obtenir la puissance statistique nécessaire en cas d'étude quantitative.

### **Pistes de recherches**

D'abord, il serait pertinent de reproduire la présente étude tout en palliant les lacunes méthodologiques précédemment citées (faible taille d'échantillon, absence de

randomisation aléatoire, biais de présentation, premier contact avec les participants, meilleure coordination entre les instructeurs). Il sera donc nécessaire de revisiter les résultats obtenus au moyen d'un échantillon de plus grande taille. À titre d'exemple, un échantillon de 27 participants serait nécessaire pour pouvoir utiliser des analyses paramétriques, comme un test-t apparié, et détecter correctement des effets de tailles moyennes (Field, 2013). De plus, il pourrait être pertinent d'implanter le programme de pleine conscience auprès de plusieurs équipes de travail à la fois. En plus de permettre un nombre plus important de participants, cette mesure permettrait d'augmenter la représentativité des données recueillies. En outre, l'utilisation d'un plan de recherche expérimental avec groupe randomisé permettrait de distinguer la part de changement due au traitement de celle due au contexte (réorganisation du milieu de travail et compétition pour de nouveaux postes) (Alain, Pelletier, & Boivin, 2000).

Par ailleurs, la présente étude se limitait à l'évaluation des effets du programme *MBCT*. Il serait pertinent de se pencher sur l'évaluation de l'implantation de ce programme dans les CIUSSS de la province, en prenant en compte des éléments comme l'influence du milieu sur le degré d'engagement des individus dans l'intervention ou l'interaction entre les caractéristiques du milieu et l'effet de l'intervention.

Enfin, les données recueillies dans le cadre de cette étude semblent représenter ce que plusieurs employés ont vécu durant la récente restructuration du réseau de la santé et des services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2017).



Effectivement, durant cette période, une grande part des employés des CIUSSS ont été confrontés aux défis qu'ont rencontrés les participantes de la présente étude (changements organisationnels, concurrence pour l'obtention de nouveaux postes, etc.). En ce sens, les résultats obtenus pourraient être utiles pour tout chercheur souhaitant étudier les conséquences de cette réorganisation sur les employés.

## **Conclusion**

La littérature portant sur les interventions basées sur la pleine conscience montre que celles-ci ont plusieurs effets bénéfiques dans la vie des travailleurs (Grégoire et al., 2014; Virgili, 2015). Toutefois, peu d'étude avait évalué l'effet de ces interventions dans le secteur de la santé et des services sociaux québécois. Au moyen de cinq hypothèses, la présente recherche s'est donc attardée à évaluer la présence ou non des effets attendus de ce type programme auprès d'une équipe de travailleuses du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, à savoir une amélioration de la santé psychologique de celles-ci.

Pour parvenir à atteindre cet objectif, un programme adapté du *MBCT* (Ducreux et al., 2016) a été mis en place auprès de l'équipe en question. Les participantes de la recherche ont répondu à des questionnaires portant sur le trait de pleine conscience et sur la détresse psychologique avant et après avoir participé à ce programme. Elles ont également rempli un journal de bord durant le programme, ce qui a permis de compiler leur temps de pratique de la pleine conscience et de recueillir leurs commentaires. Les données ainsi collectées ont été analysées au moyen de tests de Wilcoxon et de corrélations de Spearman (Field, 2013).

Les résultats de l'étude ont permis de voir que le programme de pleine conscience évalué a contribué dans une certaine mesure, à l'augmentation du trait de pleine conscience des participantes et à la diminution de leur détresse psychologique. Il a aussi été permis de constater qu'un score élevé au trait de pleine conscience est généralement

associé à un plus faible niveau de détresse psychologique chez les participantes. Par contre, le temps de pratique n'a pas montré de lien avec le trait de pleine conscience et la détresse psychologique.

Enfin, cette étude souligne l'importance pour les personnes responsables d'équipe de travail d'avoir accès à diverses mesures lorsqu'ils perçoivent des problématiques de détresse psychologique dans leurs équipes. À cet effet, le programme *MBCT* proposé ici est une mesure de choix. En effet, ce programme a montré à plusieurs reprises son efficacité dans les problématiques reliées à la détresse psychologique (Abbott et al., 2014; Franco et al., 2010; Williams et al., 2001) en plus de promouvoir la santé psychologique des employés (Brooker et al., 2013; Goodman & Schorling, 2012; Mackenzie et al., 2006). En outre, les résultats obtenus dans la présente étude se placent en continuité avec ce qui se dégage de la littérature actuelle, pavant ainsi la voie à de futures recherches.

## Références

- Abbott, R., Whear, R., Rodgers, L., Bethel, A., Thompson Coon, J., Kuyken, W., ... Dickens, C. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 76, 341-351. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.02.012.
- Abenavoli, R. M., Jennings, P. A., Greenberg, M. T., Harris, A. R., & Katz, D. A. (2013). The protective effects of mindfulness against burnout among educators. *The Psychology of Education Review*, 37, 57-69.
- Alain, M., Pelletier, L. G., & Boivin, M. (2000). Les plans de recherche expérimentaux. Dans G. Morin (Éd.), *Méthode de recherche en psychologie*. (pp. 133-151). Montréal, QC : Chenière Éducation.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 125-143. doi: 10.1093/clipsy.bpg015
- Baer, R. A. (2011). Measuring mindfulness. *Contemporary Buddhism: An Interdisciplinary Journal*, 12, 241-261. doi: 10.1080/14639947.2011.564842
- Baer, R. A., & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness and acceptance-based treatment approaches. Dans R. A. Baer (Éd.), *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications* (pp. 3-27). San Diego, CA : Elsevier Academic Press.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11, 191-206. doi: 10.1177/1073191104268029
- Bakker, A., & Leiter, M. (2010). *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. New York, NY : Psychology Press.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic* (3<sup>e</sup> éd.). New York, NY : Psychological Corporation.
- Barnes, S., Brown, K., Krusemark, E., Campbell, W., & Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 482-500.

- Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, M. J. (2013). The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28, 107-133. doi:10.1080/15555240.2013.779518
- Biegel, G. M., Brown, K., Shapiro, S. L., & Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 855-866.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Bodhi, B. (2000). *A comprehensive manual of Abhidhamma*. Seattle, WA : BPS Pariyatti Editions.
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2012). The role of mindfulness and lovingkindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness*, 5, 129–138.
- Böge, K., Mouthaan, J., & Krause-Utz, A. (2019). Effects of dialogical mindfulness on psychopathology: A pilot study's results from a seven-day psychosynthesis course about the inner child. *The Humanistic Psychologist*. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1037/hum0000134>
- Bögels, S., Sijbers, G. F. V. M., Voncken, M. (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 33-44.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067.
- Bond, F. W., Flaxman, P. E., Van Veldheren, M. J. P. M., & Biron, M. (2010). The impact of psychological flexibility and acceptance and commitment therapy (ACT) on health and productivity at work. Dans J. Houdmont & S. Leka (Éds), *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice* (pp. 296-313). Chichester, UK : Wiley-Blackwell.
- Bouchard, A.-C., St.-Martin, K. A., & Montani, F. (2014, Mars). *La présence attentive et le comportement innovant au travail : une analyse des antécédents et des processus*

- médiateurs*. Communication présentée au congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie (SQRP), Montréal, QC.
- Bowlin, S. L., & Baer, R. A. (2012). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52, 411–415.
- Brac de la Perrière, C. (2015). *Lâcher prise sans laisser tomber: le pouvoir de la pleine conscience*. Paris : Fayard.
- Brault-Labbé, A., & Dubé, L. (2008). Engagement, surengagement et sous-engagement académiques au collégial : Pour mieux comprendre le bien-être des étudiants. *Revue des sciences de l'éducation*, 34, 729-751, doi: 10.7202/029516ar
- Brault-Labbé, A., Veilleux, V., Lacroix, M.-M., Béliveau, M.-E., Gosselin-Leclerc, C., & Brassard, A. (2018). Théorie de l'autodétermination et modèle multimodal d'engagement : un pairage prometteur pour mieux comprendre les liens entre motivation et engagement scolaires chez des étudiants universitaires. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 68, 23–34. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2017.11.001>
- Brewer, J. A., Bowen, S., Smith, J. T., Marlatt, G. A., & Potenza, M. N. (2010). Mindfulness-based treatments for co-occurring depression and substance use disorders: What can we learn from the brain? *Addiction*, 105, 1698-1706. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02890.x
- Brooker, J., Julian, J., Webber, L., Chan, J., Shawyer, F., & Meadows, G. (2013). Evaluation of an occupational mindfulness program for staff employed in the disability sector in Australia. *Mindfulness*, 4, 122–136.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 79–89. [https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/S0005-7967\(96\)00068-X](https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/S0005-7967(96)00068-X)
- Brown, K., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211–237. doi: 10.1080/10478400701598298
- Byerly-Lamm, K. R. (2018). The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on stress and affect in a community wellness group sample. Thèse de doctorat



inédite, Union Institute & University. Repéré à <https://search.proquest.com/openview/0921fe97b557e35fce7901abfb40a16b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

Centre Épic – Institut de cardiologie de Montréal. (2019). Ateliers de réduction du stress. Repéré à <http://www.centrepic.org/services-pour-tous/stress/#1>

Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations, *Psychological Medicine*, 40, 1239-1252, doi: 10.1017/S0033291709991747

Cigolla, F., & Brown, D. (2011). A way of being: Bringing mindfulness into individual therapy. *Psychotherapy Research*, 21, 709-721. doi: 10.1080/10503307.2011.613076

Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of The American Medical Association*, 298, 1685-1687. doi: 10.1001/jama.298.14.1685

Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitive et émotions : la troisième vague*. Paris : Elsevier Masson.

Coutu, S., Provost, M. A., & Bowen, F. (1998). L'observation systématique des comportements. Dans M.-A. Bouchard & C. Cyr (Dir.), *Recherche psychosociale : pour harmoniser recherche et pratique* (pp. 305-344). Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.

Creswell, J. D., Pacilio, L. E., Lindsay, E. K., & Brown, K. W. (2014). Brief mindfulness meditation training alters psychological and neuroendocrine responses to social evaluative stress. *Psychoneuroendocrinology* 44, 1–12. doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.02.007

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY : University of Rochester Press.

Dionne, F. (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive. *Psychologie Québec*, 26(6), 20-24.

Dionne, F., & Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 15-36.

- Douilliez, C., Philippot, P., Heeren, A., Watkins, E., & Barnard, P. (2012). Assessing constructive and unconstructive thinking. Repéré à [http://www.ucep.be/wp-content/uploads/pdf/Pub/Douilliez\\_CJBS\\_2012.pdf](http://www.ucep.be/wp-content/uploads/pdf/Pub/Douilliez_CJBS_2012.pdf)
- Ducreux, E., Jasmin, E., Zenere, P., & Desroches, I. (2016, Février). *Pleine conscience : évaluation de la formation dispensée aux intervenants du secteur santé mentale jeunesse*. Communication présentée à la Journée de la recherche en première ligne, Sherbrooke, QC.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716-721.
- Fan, Y., Tang, Y., Ma, Y., & Posner, M. I. (2010). Mucosal immunity modulated by integrative meditation in a dose-dependent fashion. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16, 151–155.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Flaxman, P. E., Bond, F. W., & Livheim, F. (2013). *The mindful and effective employee: An acceptance and commitment therapy training manual for improving well-being and performance*. Oakland, CA : New Harbinger Publications, Inc.
- Flook, L., Goldberg, S. B., Pinger, L., Bonus, K., & Davidson, R. J. (2013). Mindfulness for teachers: A pilot study to assess effects on stress, burnout and teaching efficacy. *Mind, Brain and Education: The Official Journal of the International Mind, Brain, and Education Society*, 7, 182–195. doi: 10.1111/mbe.12026
- Franco, C., Manas, I., Cangas, A. J., Moreno, E., & Gallego, J. (2010). Reducing teachers' psychological distress through a mindfulness training program. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 655- 666.
- Frank, J. L., Reibel, D., Broderick, P., Cantrell, T., & Metz, S. (2013). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on educator stress and well-being: Results from a pilot study. *Mindfulness*, 1-9. doi:10.1007/s12671-013-0246-2
- Gagné, K., Potvin, L., & Pomerleau, V., (2016, Février). *La parole aux intervenants*. Communication présentée à la Journée de la recherche en première ligne, Sherbrooke, QC.
- Galantino, M. L., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P. O., & Farrar, J. T. (2005). Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program: Mindfulness in

- practice. *Stress & Health: Journal of The International Society For The Investigation of Stress*, 21, 255-261. doi: 10.1002/smi.1062
- Geary, C., & Rosenthal, S. L. (2011). Sustained impact of MBSR on stress, well-being, and daily spiritual experiences for 1 year in academic health care employees. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17, 939-944. doi: 10.1089/acm.2010.0335
- Glomb, T. M., Duffy, M. K., Bono, J. E., & Yang, T. (2011). Mindfulness at work. Dans A. Joshi, H. Liao & J. J. Martocchio (Éds), *Research in Personnel and Human Resources Management* (Vol. 30, pp. 115-157). Ipswich, MA : Emerald Group Publishing Limited.
- Gold, E., Smith, A., Hopper, L., Herne, D., Tansey, G., & Hulland, C. (2010). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for primary school teachers. *Journal of Child & Family Studies*, 19, 184- 189.
- Goltz, S. M. (2018). Organizational change: Insights from buddhism and acceptance and commitment therapy(act). *Journal of Management, Spirituality & Religion*, 15, 424-449. doi: /10.1080/14766086.2018.1513857
- Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43, 119- 128. doi: 10.2190/PM.43.2.b
- Grégoire, S., Baron, C., & Montani, F. (2014). La présence attentive en milieu de travail : recherche et intervention. *Revue québécoise de psychologie*, 35, 117-134.
- Grégoire, S., & De Mondehare, L. (2016). Enjeux liés à la définition et à la mesure de la présence attentive. Dans S. Grégoire, F. Lachance & L. Richer (Dir.), *La présence attentive mindfulness : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (pp. 9 à 24). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Grégoire, S., Lachance, L., & Richer, L. (2016a). *La présence attentive (mindfulness) : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Grégoire, S., Lachance, L., & Richer, L. (2016b). Les effets perçus de la méditation sur le plan professionnel. Dans G. Fournier, L. Lachance & E. Poirel (Dir), *Diversité des trajectoires professionnelles et dynamiques de maintien durable en emploi*. Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université Laval.
- Grégoire, S., Montani, F., & Hontoy, L-M. (2016c). Effets de la présence attentive en milieu organisationnel : Une revue systématique des écrits. Dans S. Grégoire, F.

- Lachance & L. Richer (Dir.), *La présence attentive mindfulness : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (pp. 113-138). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., ... Niccolls, R. (2004a). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, 35, 821-835.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy, Second Edition: The process and practice of mindful change*. New York, NY : The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... McCurry, S. M. (2004b). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553-578.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a french-speaking sample. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 61, 147-151.
- Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 37-61.
- Heeren, A., & Philippot, P. (2011). Changes in ruminative thinking mediate the clinical benefits of mindfulness: Preliminary findings. *Mindfulness*, 2(1), 8-13
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227-239.
- Heppner, W. L., & Kernis, M. H. (2007). 'Quiet ego' functioning: The complementary roles of mindfulness, authenticity, and secure high self-esteem. *Psychological Inquiry*, 18, 248-251. doi: 10.1080/10478400701598330
- Hogan, T. P. (2015) *Introduction à la psychométrie* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P., & Schutte, K. K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 658-666.

- Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2018). *En chiffre*. Repéré à <http://www.iusmm.ca/hopital/sante-mentale/en-chiffres.html>
- Jacobs, G. D. (2001). The physiology of mind-body interactions: The stress response and the relaxation response. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7, 83-92
- Janelle, A., & Labelle, R. (2009). La thérapie comportementale dialectique, une voie d'espoir pour traiter les troubles mentaux complexes. *Psychologie Québec*, 26(6), 25-27.
- Juhel, J., & Rouxel, G. (2005). Effets du contexte d'évaluation sur les dimensions de la désirabilité sociale. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 11, 59-68. doi: 0.1016/j.pto.2005.02.006
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156. doi: 10.1093/clipsy/bpg016
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., ... Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943. doi: 10.1176/ajp.149.7.936
- Keng, S., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041-1056. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Kenny, M. A., & Williams, J. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625. doi: 10.1016/j.brat.2006.04.008
- Keune, P. M., & Forintos, D. P. (2010). Mindfulness meditation: A preliminary study on meditation practice during everyday life activities and its association with well-being. *Psychological Topics*, 19, 373-386.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 193-203.
- Klatt, M. D., Buckworth, J., & Malarkey, W. B. (2009). Effects of low-dose Mindfulness-based stress reduction (MBSR-ld) on working adults. *Health Education & Behavior*, 36, 601-614. doi: 10.1177/1090198108317627

- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *The Journal of the American Medical Association*, 302, 1284-1293.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Barrett, B., Evans, A., Byng, R., & Mullan, E. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 966-978.
- Larouche, M. (2009). La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. *Psychologie Québec*, 26(6), 33-35.
- Lee, C., Dickson, D. A., Conley, C. S., & Holmbeck, G. N. (2014). A closer look at self-esteem, perceived social support, and coping strategy: A prospective study of depressive symptomatology across the transition to college. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33, 560-585. doi:10.1521/jscp.2014.33.6.560
- Liu, X., Xu, W., Wang, Y., Williams, J. M. G., Geng, Y., Zhang, Q., & Liu, X. (2015). Can inner peace be improved by mindfulness training: A randomized controlled trial. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 31, 245-254. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1002/smi.2551>
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Montréal, QC : Éditions au Carré.
- Ma, S., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40.
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19, 105-109.
- Martin-Asuero, A., & Garcia-Banda, G. (2010). The Mindfulness-based stress reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 897-905. doi: 10.1017/S1138741600002547
- Martín Asuero, A., Rodríguez Blanco, T., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., & Moix Queraltó, J. (2013). Effectiveness of a mindfulness program in primary care professionals. *Gaceta Sanitaria*, (6), 521-528. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.04.007
- McCurry, C. (2009). *Parenting your anxious child with mindfulness and acceptance: A powerful new approach to overcoming fear, panic, and worry using acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA : New Harbinger Publications.

- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Gouvernement, du Québec (2017). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-717-01W.pdf>
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Gouvernement du Québec. (2012). *Consultation publique sur la participation au marché du travail des travailleuses et travailleurs expérimentés de 55 ans et plus*. Repéré à <https://www.mtess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/travailleurs-experimentes/>
- Mirabel-Sharron, C., Docteur, A., Sala, L., & Siobud-Dorocant, E. (2012). *Mener une démarche de pleine conscience : approches MBCT*. Paris : Dunod.
- Ngô, T. (2013). Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 35–63. doi: 10.7202/1023989ar
- Nilsson, H., & Kazemi, A. (2016). Reconciling and thematizing definitions of mindfulness: The big five of mindfulness. *Review of General Psychology*, 20, 183-193. doi: 10.1037/gpr0000074
- Nyklicek, L., & Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 331-340. doi: 10.1007/s12160-008-9030-2
- Oberlies, T. (2001). *A grammar of the language of the Theravada Tipitaka*. Berlin : Ealter de Gruyter.
- O'Brien, K. M., Larson, C. M., & Murrell, A. R. (2008). Third-wave behavior therapies for children and adolescents: Progress, challenges, and future directions. Dans L. A. Greco & S. C. Hayes (Dir.), *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children and Adolescents: A Practitioners Guide* (pp. 15-35). Oakland, CA : New Harbinger Publications.
- Omid, A., Mohammadi, A. S., Jalaiekhoo, H., & Taghva, A. (2017). Dispositional mindfulness, psychological distress, and posttraumatic growth in cancer patients. *Journal of Loss and Trauma*, 22, 681–688. doi: 10.1080/15325024.2017.1384783
- Oreg, S. (2006). Personality, context, and resistance to organizational change. *European Journal of Work & Organizational Psychology*, 15, 73–101. doi: 10.1080/13594320500451247

- Patel, S. R., Carmody, J., & Simpson, H. (2007). Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*, 375-380.
- Paulhus, D. L. (1986). Self-deception and impression management in test responses. Dans A. Angleitner & J.S. Wiggins (Dir.), *Personality assessment via questionnaires* (pp. 143-165). New York, NY : Springer Verlag.
- Paulhus, D. L. (1991). Balanced inventory of desirable responding. Dans J. P. Robinson, P. R. Shaver, L. S. Wrightsman & F. M. Andrew (Eds), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 37-41). San Diego, CA : Academic Press.
- Pidgeon, A., Lacota, K., & Champion, J. (2013). The moderating effects of mindfulness on psychological distress and emotional eating behaviour. *Australian Psychology, 48*, 262-269.
- Pipe, T. B., Bortz, J. J., Dueck, A., Pendergast, D., Buchda, V., & Summers, J. (2009). Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: A randomized controlled trial. *The Journal of Nursing Administration, 39*, 130-137. doi: 10.1097/NNA.0b013e31819894a0
- Ramasawmy, S. (2015), Validation of the French Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) and predictors of depression in an adolescent Mauritian population. Thèse de doctorat inédite. University of Mauritius, Maurice.
- Reb, J., Narayanan, J., & Ho, Z. W. (2013). Mindfulness at work: Antecedents and consequences of employee awareness and absent-mindedness. *Mindfulness, 6*, 111-122. doi: 10.1007/s12671-013-0236-4
- Richer, L., & Lachance, L. (2016). Effets de la présence attentive sur le fonctionnement du cerveau : Aspects physiologiques, cognitifs, émotionnels, génétiques et neuroanatomiques. Dans S. Grégoire, F. Lachance & L. Richer (Dir.), *La présence attentive mindfulness : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (pp. 113-138). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 54-68. doi: 10.1093/clipsy/9.1.54
- Roeser, R. W., Schonert-Reichl, K. A., Jha, A., Cullen, M., Wallace, L., Wilensky, R., ... Harrison, J. (2013). Mindfulness training and reductions in teacher stress and burnout: Results from two randomized, waitlist-control field trials. *Journal of Educational Psychology, 105*, 787-804.



- Roeser, R. W., Skinner, E., Beers, J., & Jennings, P. A. (2012). Mindfulness training and teachers' professional development: An emerging area of research and practice. *Child Development Perspectives*, 6, 167-173. doi: 10.1111/j.1750-8606.2012.00238.x
- Ruths, F. A., De Zoysa, N., Frearson, S. J., Hutton, J., Williams, J. M. G., & Walsh, J. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for mental health professionals: A pilot study. *Mindfulness*, 4, 289-295. doi: 10.1007/s12671-012-0127-0
- Sauer, S., & Baer, R. A. (2010). Mindfulness and decentering as mechanisms of change in mindfulness and acceptance-based interventions. Dans R. Baer (Éd.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 25-50). Oakland, CA : Context Press/New Harbinger Publications.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Preventing depression: mindfulness-based cognitive therapy*. New York, NY : Guilford.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. Paris : De Boeck.
- Segerstrom, S. C., Stanton, A. L., Alden, L. E., & Shortridge, B. E. (2003). A multidimensional structure for repetitive thought: What's on your mind, and how, and how much? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 909-921.
- Semple, R. J., & Lee, J. (2008). Treating anxiety with mindfulness: Mindfulness-based cognitive therapy for children. Dans L. A. Greco & S. C. Hayes (Dir.), *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children and Adolescents: A Practitioners Guide* (pp. 63-87). Oakland, CA : New Harbinger Publications.
- Shankman, R. (2008). *The experience of samadhi: An in-depth exploration of Buddhist meditation*. Boston, MA : Shambala.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176. doi: 10.1037/1072-5245.12.2.164
- Shapiro, S. L., Schwartz, O. E., & Bonner, O. (1998). Effects of Mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581-599.

- Shonin, E., & Gordon, W. (2016). The mechanisms of mindfulness in the treatment of mental illness and addiction. *International Journal of Mental Health And Addiction*, 14, 844-849. doi:10.1007/s11469-016-9653-7
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2008). Mindfulness: What is it? Where did it come from? Dans F. Didona (Éd.), *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York, NY : Springer.
- Spinhoven, P., Van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Experiential avoidance and bordering psychological constructs as predictors of the onset, relapse and maintenance of anxiety disorders: One or many? *Cognitive Therapy and Research*, 41, 867–880. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1007/s10608-017-9856-7>
- Tang, Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., ... Posner, M. I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104, 17152-17156.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. O., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.615
- Virgili, M. (2015). Mindfulness-based interventions reduce psychological distress in working adults: A meta-analysis of intervention studies. *Mindfulness*, 6, 326-337. doi: 10.1007/s12671-013-0264-0
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206
- Williams, J. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. V., Duggan, D. S., ... Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107, 275-279. doi: 10.1016/j.jad.2007.08.022
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2009). *Méditer pour ne plus déprimer : la pleine conscience, une méthode pour vivre mieux*. Paris : Odile Jacob.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155. doi: 10.1037/0021-843X.109.1.150

- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion, 15*, 422-432. doi: 10.4278/0890-1171-15.6.422
- Wolever, R. Q., Bobinet, K. J., McCabe, K., Mackenzie, E. R., Fekete, E., Kusnick, C. A., & Baime, M. (2012). Effective and viable mind-body stress reduction in the workplace: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health psychology, 17*, 246-258. doi: 10.1037/a0027278
- Wolfsdorf, B. A., & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with post-traumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 169-181.
- Zenere, P. (2016, Février). *La pratique de la pleine conscience, venez goûter au lâcher-prise*. Communication présentée à la Journée de la recherche en première ligne, Sherbrooke, QC.
- Zlotnick, C., Shea, M.T., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., & Pearlstein, T. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 425– 436.

**Appendice A**  
Formulaire d'information et de consentement

Centre de santé et de services sociaux —  
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke



*Formulaire d'information et de consentement du projet de recherche s'adressant aux  
membres de l'équipe du Service de courtage, de transfert des connaissances et des  
pratiques de pointe du CIUSSS de l'Estrie — CHUS*

Titre du projet : La pratique de la pleine conscience : évaluation d'un programme de pleine conscience dispensé aux membres de l'équipe de transfert des connaissances et du développement des pratiques de pointe du CIUSSS de l'Estrie — CHUS

Numéro de projet : 2017-669

Chercheuse : Edwige Ducreux  
Professeure associée, Département de psychologie et de psychoéducation,  
Université de Sherbrooke  
Chercheuse d'établissement, Infrastructure de première ligne, CIUSSS de l'Estrie —  
CHUS

Co-chercheur : Pascal Zenere  
Psychologue  
Étudiant-chercheur, CIUSSS de l'Estrie — CHUS

La chercheuse principale ainsi que le co-chercheur sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire d'information et de consentement.

M. Pascal Zenere pourra être joint tout au long du projet de recherche pour toute demande d'information ou tout problème relié au projet de recherche, au numéro de téléphone suivant : 819 943-3170 ou par courriel : [pascal.zenere@hotmail.com](mailto:pascal.zenere@hotmail.com)

---

Responsable(s) du projet de recherche

## **1. Présentation du projet**

Les interventions basées sur la pleine conscience sont encore mal connues du grand public et peu de professionnels sont formés à cette approche. Toutefois, la situation change rapidement. La population des pays francophones recherche de plus en plus cette forme d'approche permettant de promouvoir le bien-être psychologique et de nombreux milieux professionnels tentent de l'implanter au sein de leurs équipes.

Aux vues de l'engouement et des effets probants démontrés par les recherches antérieures concernant la pratique de la pleine conscience, l'équipe du Service de courtage, de transfert des connaissances et des pratiques de pointe du CIUSSS de l'Estrie — CHUS, a décidé d'implanter un programme de pleine conscience délivré en 8 semaines après avoir expérimenté une initiation non évaluée et informelle de 5 rencontres hebdomadaires sur l'heure du midi en janvier 2016. Notre recherche a pour objectif principal d'évaluer ce programme de pratique de la pleine conscience qui sera dispensé auprès des membres de cette équipe en septembre 2016.

## **2. Objectifs du projet**

Notre recherche a pour objectif principal d'évaluer un programme de pleine conscience de type *MBCT* jumelé à une approche de thérapie d'acceptation et d'engagement.

De manière plus spécifique, cette recherche vise à évaluer l'effet de ce programme sur : 1) les connaissances, la perception et les attentes des participants à l'égard de la pleine conscience; 2) leur qualité de vie; 3) leur conciliation famille-travail; 4) la dynamique de leur équipe; 5) leur réaction face aux changements organisationnels; 6) le trait de pleine conscience; 7) leur niveau global de détresse psychologique dont les composantes spécifiques sont les niveaux de dépression, d'anxiété et de stress.

## **3. Nature de votre participation**

Nous aimerions vous interviewer afin d'évaluer, entre autres, vos connaissances, vos perceptions et vos attentes en lien avec la pleine conscience. Un enregistrement audio sera fait lors de la réalisation de cette entrevue et celui-ci sera détruit une fois l'étude complétée.

De plus, lors de cette entrevue, nous aimerions également que vous répondiez à un questionnaire évaluant vos capacités à la pleine conscience. La durée de l'entrevue, ainsi que le temps pour compléter le questionnaire, ne devraient pas excéder 1h45 et vous aurez le choix de l'endroit où se déroulera la rencontre.

Une seconde entrevue de même nature aura lieu après vos 8 ateliers de pratique de la pleine conscience.

À la suite de ces deux entrevues, un compte rendu analytique sera produit et vous pourrez être sollicitée une seconde fois, si nous éprouvons le besoin de confirmer ou de compléter certaines informations avec vous.

Dans le cadre de cette recherche, vous serez appelée à participer à huit ateliers d'initiation à la pleine conscience, d'une durée de deux heures chacun, à raison d'une fois par semaine.

Tout au long de ce programme de pleine conscience, vous serez également invitée à pratiquer la pleine conscience 30 min/jour sur l'heure du dîner et 3 minutes trois fois par jour, dont une fois avant de quitter le travail.

À cet effet, il vous sera demandé de compléter une grille d'auto-observation afin de noter vos pratiques de pleine conscience.

#### **4. Bénéfices**

Il n'y a pas de bénéfices directs pour vous, outre le fait de participer à des ateliers de pratique de la pleine conscience reconnus pour avoir plusieurs effets bénéfiques sur le bien-être et la réduction du stress, et aussi de contribuer à l'avancement des connaissances par votre participation à la recherche.

#### **5. Risques et inconvénients**

La pratique de la pleine conscience pourrait être à l'origine de réactions émotionnelles. S'il advenait que vous ressentiez de telles réactions, nous vous rappelons que le programme d'aide aux employés (PAE) est là pour vous soutenir en cas de besoin.

Compte tenu que la majorité des membres de l'équipe participe aux ateliers de pleine conscience, il est aussi possible que vous ressentiez une pression à participer à cette recherche. À cet effet, nous vous rappelons que votre participation demeure entièrement libre et volontaire et qu'il vous est possible de vous retirer de cette recherche à tout moment, sans que cela ne vous cause aucun préjudice.

Par ailleurs, le temps consacré à la participation aux ateliers du programme de pleine conscience, à la passation des entrevues et des questionnaires avant et après les ateliers,

ainsi qu'à la réalisation des exercices qui vous seront proposés dans le cadre de ces ateliers pourrait représenter un inconvénient pour vous.

## **6. Participation volontaire et possibilité de retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de mettre fin à l'entrevue en tout temps, sans que cela ne vous porte atteinte. Si vous éprouvez un quelconque embarras avec une question en particulier, vous pourrez refuser d'y répondre ou exiger que le magnétophone soit momentanément fermé.

Si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, à moins d'avis contraire de votre part, l'information vous concernant obtenue dans le cadre de l'étude sera rendue anonyme, c'est-à-dire qu'il ne sera plus possible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance, et conservée par les chercheuses principales de l'étude durant 5 ans. Passé ce délai, l'information sera détruite selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie — CHUS.

## **7. Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet, nous recueillerons et consignerons dans un dossier de recherche des renseignements qui vous concernent. Seuls ceux qui sont strictement nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet seront recueillis et utilisés à des fins de recherche.

Le chercheur vous assure que vos propos seront traités par l'équipe de recherche de manière à respecter la confidentialité. Conséquemment, votre nom et les informations permettant votre identification seront gardés confidentiels et ne seront pas inclus dans les résultats de recherche. Les mesures assurant votre confidentialité ne permettront donc pas de vous identifier.

Afin de préserver votre identité, des codes identifieront les résumés et seuls les membres de l'équipe de recherche seront en mesure de pouvoir faire l'appariement entre le matériel codé et l'identité des répondants. Les données seront conservées pendant 5 ans et seront détruites par la suite. Quant aux bandes sonores, elles seront effacées à la fin du projet. Les données et les bandes sonores seront en tout temps conservées dans un bureau verrouillé appartenant à Mme Edwige Ducreux, chercheure à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie — CHUS.



## **8. Communication des résultats**

Un résumé exécutif sera expédié à l'ensemble des participantes. Le rapport intégral sera fourni sur demande. Les autres activités de transfert des connaissances (publications, congrès) seront publiques.

## **9. Études ultérieures**

Dans l'éventualité où des projets de recherche similaires à celui-ci se réaliseraient dans les 5 prochaines années, acceptez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche prenne contact avec vous pour vous proposer une nouvelle participation?

Bien sûr, lors de cet appel, vous seriez entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer.

Oui                      Non

## **10. Personnes ressources à contacter**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec l'une des personnes suivantes :

Pascal Zenere, Psychologue, Étudiant-chercheur, CIUSSS de l'Estrie — CHUS au 819 943-3170 ou par courriel : [pascal.zenere@hotmail.com](mailto:pascal.zenere@hotmail.com)

Edwige Ducreux, Professeure associée, Département de psychologie et de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Chercheuse d'établissement, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie — CHUS au 819 780-2220 poste 45732 ou par courriel : [edwige.ducreux@usherbrooke.ca](mailto:edwige.ducreux@usherbrooke.ca)

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie — CHUS au 1-866-917 — 7903.

## **11. Surveillance des aspects éthiques**

Le Comité éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi annuel. De plus, il approuvera, au préalable, toute révision

et toute modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toutes questions liées à l'éthique, concernant vos droits ou les conditions dans lesquels se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la présidente du comité en contactant la technicienne administrative du CÉR au 819 780-2220, poste 45386.

## **Consentement**

### **Consentement du participant**

J'ai pris connaissance de ce formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

---

Nom et signature du participant

Date

### **Engagement de la personne qui obtient le consentement**

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

### **Engagement du chercheur responsable du projet de recherche**

Je m'engage, avec mon équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement et à ce qu'une copie signée soit remise au participant.

Je m'engage également à respecter le droit de retrait du participant et à l'informer de toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait modifier sa décision de continuer d'y participer.

---

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

## **Appendice B**

### **Questionnaires**

### Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée. Écrivez dans la case blanche précédant l'assertion le chiffre qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous.

1	2	3	4	5
jamais ou très rarement vrai	rarement vrai	parfois vrai	souvent vrai	très souvent ou toujours vrai

1. Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement.
2. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.
3. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.
4. Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir.
5. Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).
6. Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.
7. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.
8. Je ne fais pas attention à ce que je fais, car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelque façon distrait(e).
9. J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux.
10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.
11. Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.
12. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.
13. Je suis facilement distrait(e).
14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.
15. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.
16. J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses.

17. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.
18. J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.
19. Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle.
20. Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.
21. Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement.
22. Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire, car je n'arrive pas à trouver les mots justes.
23. On dirait que je fonctionne en mode « automatique » sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.
24. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.
25. Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.
26. Je remarque les odeurs et les arômes des choses.
27. Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.
28. Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).
29. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir.
30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.
31. Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières.
32. Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots.
33. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer.
34. Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais.
35. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image.
36. Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement.

- 37. Je peux habituellement décrire la manière dont je me sens au moment présent avec des détails considérables.
- 38. Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention.
- 39. Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles.

### Échelle de Dépression, d'Anxiété et de Stress (*DASS-21*)

Veillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience au cours de *la dernière semaine*. Indiquez votre choix en encerclant le chiffre qui y correspond (soit 0, 1, 2 ou 3). Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne vous attardez pas trop longuement aux énoncés.

*L'échelle de notation est la suivante :*

- 0 ne s'applique pas du tout à moi
- 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

	0	1	2	3
1. J'ai trouvé difficile de décompresser.				
2. J'ai été conscient(e) d'avoir la bouche sèche.				
3. J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir ressentir d'émotion positive.				
4. J'ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique).				
5. J'ai eu de la difficulté à initier de nouvelles activités.				
6. J'ai eu tendance à réagir de façon exagérée.				
7. J'ai eu des tremblements (par exemple, des mains).				
8. J'ai eu l'impression de dépenser beaucoup d'énergie nerveuse.				
9. Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e).				
10. J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir.				
11. Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e).				
12. J'ai eu de la difficulté à me détendre.				



	0	1	2	3
13. Je me suis senti(e) triste et déprimé(e).				
14. Je me suis aperçu(e) que je devenais impatient(e) lorsque j'étais retardé(e) de quelque façon que ce soit (par exemple dans les ascenseurs, aux feux de circulation)				
15. J'ai eu le sentiment d'être presque pris(e) de panique.				
16. J'ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit.				
17. J'ai eu le sentiment de ne pas valoir grand chose comme personne.				
18. Je me suis aperçu(e) que j'étais très irritable.				
19. J'ai été conscient(e) des palpitations de mon cœur en l'absence d'effort physique (sensation d'augmentation de mon rythme cardiaque ou l'impression que mon cœur venait de sauter).				
20. J'ai eu peur sans bonne raison.				
21. J'ai eu l'impression que la vie n'avait pas de sens.				

### Grille d'auto-observation

#### VOS PRATIQUES QUOTIDIENNES DE PLEINE CONSCIENCE

Vous êtes invités à indiquer quotidiennement vos pratiques formelles (PF) ou informelles (PI) ainsi que vos commentaires concernant ces pratiques.

Légende :

Pratique formelle (PF) : méditation assise, balayage corporel.

Pratique informelle (PI) : toute activité quotidienne réalisée en pleine conscience. Les cases grisées correspondent aux jours de fin de semaine.

Date	30 minutes midi	3 minutes matin	3 minutes après-midi	3 minutes retour chez soi	3 minutes au besoin	Pratique informelle	Commentaires (raisons de la pratique ou de la non-pratique, qualité de la pratique, difficultés rencontrées et tout autre commentaire)

**Appendice C**  
Certificat d'éthique

Sherbrooke, le 16 septembre 2016

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE  
EN MATIÈRE DE RECHERCHE SUR DES HUMAINS**

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrée - CHUS atteste qu'il a dûment évalué et approuvé les documents qui lui ont été soumis via les formulaires suivants :

- Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche (F11a-3247)
- Formulaire de réponse à l'approbation conditionnelle (F20-3350)

**TITRE DU PROJET DE RECHERCHE**

*La pratique de la pleine conscience : évaluation d'un programme de pleine conscience dispensé aux membres de l'équipe du Service de courtoisie, de transfert des connaissances et des pratiques de pointe du CIUSSS de l'Estrée - CHUS*

LA PRÉSENTE APPROBATION A ÉTÉ DEMANDÉE PAR :

**Professeure Edwige Ducreux, Ph.D.**

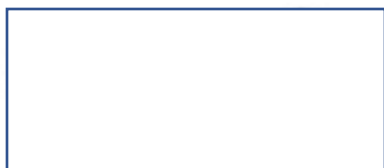
Chercheuse principale

IUPLSSS

CIUSSS de l'Estrée - CHUS

L'approbation éthique pour ledit projet de recherche est valide jusqu'au **16 septembre 2017**

Le numéro de dossier attribué au projet cité en rubrique par le CÉR est le **2017-669**



Audrey Brassard, Ph. D.  
Vice-présidente

**Appendice D**  
Statistiques descriptives

Tableau D1

*Statistiques descriptives pour les variables à l'étude*

	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Md</i>	<i>Q</i>	<i>MIN</i>	<i>MAX</i>	Asymétrie	Aplatissement	<i>p</i> (test de Shapiro- Wilk)
<i>Five facets Mindfulness questionnaire</i> prétest	125,14	10,61	127,00	6,50	114,00	145,00	1,05	1,27	0,28
Observation	29,29	4,23	28,00	1,50	25,00	38,00	1,72	3,57	0,08
Description de l'expérience	28,00	4,55	29,00	3,50	21,00	34,00	-0,36	-0,89	0,84
Action en pleine conscience	24,43	2,88	24,00	1,50	19,00	28,00	-0,95	1,91	0,28
Non- réactivité aux événements privés	17,86	2,12	18,00	2,00	15,00	21,00	-0,26	-0,80	0,86
Non- jugement	25,57	7,46	25,00	6,00	15,00	36,00	0,02	-1,21	0,90
<i>Five facets Mindfulness questionnaire</i> post- test	133,86	17,03	137,00	8,50	99,00	151,00	-1,66	3,40	0,13
Observation	25,86	3,72	28,00	2,00	23,00	35,00	0,16	1,05	0,91
Description de l'expérience	28,86	3,13	29,00	2,50	25,00	34,00	0,46	-0,44	0,88
Action en pleine conscience	25,86	6,04	26,00	3,50	15,00	34,00	-0,65	1,27	0,69
Non- réactivité aux événements privés	22,14	1,57	22,00	1,00	20,00	25,00	0,76	1,45	0,57

*Statistiques descriptives pour les variables à l'étude (suite)*

	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Md</i>	<i>Q</i>	<i>MIN</i>	<i>MAX</i>	Asymétrie	Aplatissement	<i>p</i> (test de Shapiro-Wilk)
Non-jugement	28,14	9,51	28,00	4,50	9,00	38,00	-1,50	3,02	0,13
<i>Depression Anxiety Stress Scales</i> prétest	32,29	32,61	22,00	7,00	8,00	104,00	2,32	5,73	0,00
Dépression	7,14	10,06	4,00	6,00	0,00	28,00	1,90	3,54	0,01
Anxiété	10,00	13,06	4,00	5,00	0,00	38,00	2,10	4,72	0,01
Stress	15,14	11,13	12,00	5,00	4,00	38,00	1,70	3,49	0,11
<i>Depression Anxiety Stress Scales</i> post-test	15,43	10,18	14,00	9,00	0,00	28,00	-0,00	-0,69	0,54
Dépression	1,71	1,80	2,00	2,00	0,00	4,00	0,35	-1,82	0,06
Anxiété	4,86	4,14	4,00	6,00	0,00	12,00	0,77	-0,01	0,69
Stress	8,86	6,62	8,00	7,00	0,00	18,00	0,09	-1,03	0,66
Temps de pratique (minutes)	609,07	328,04	570,00	169,00	145,50	1197,00	0,66	1,37	0,85